
A 3 9015 00383 062 0
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR **J.-M. CHARCOT & BOURNEVILLE**

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

V. MAGNAN
Membre de l'Académie de médecine.
Médecin de l'Asile clinique (Ste-Anne).

PITRES
Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Bordeaux.

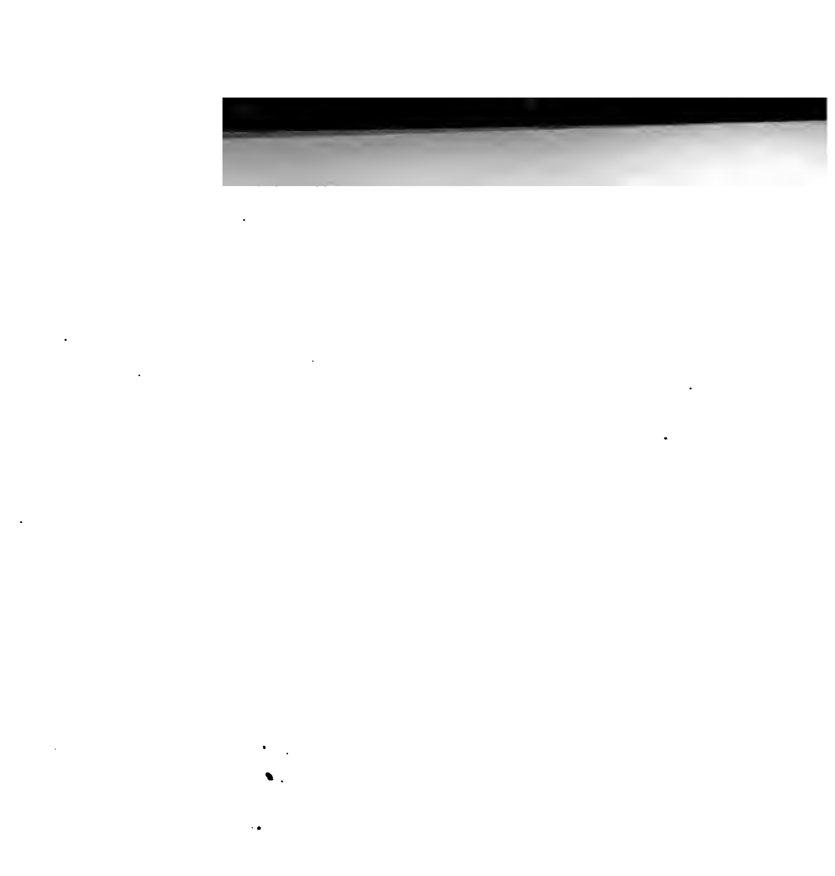
COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

MM. ABADIE (J.), ARNAUD, AZÉMAR, BABINSKI, BALLET, BALLIART, BLANCHARD (R.), BLIN, BOISSIER (F.), BONCOUR (P.), BONNE, BOURDIN, BRIAND (M.), BRISSAUD (E.), CAMUS (P.), CARRIER (G.), CAUDRON, CESTAN, CHARDON, CHARON, CHARPENTIER, CHRISTIAN, COLOLIAN, COULONJOU, CULLERRE, DEBOVE (M.), DENY, DEVAY, DROMARD, DUBAR, DUBOS, DUCOSTÉ, FÉRÉ (CH.), FENAYROU, FERRIER, FRANCOTTE, GARNIER (S.), GRASSET, HARTEMBERG, KOUINDJY, KOVALESKY (P.), LADAME, LAGRIFFE, LANDOUZY, LEGRAIN, LEROY, LEVASSORT, LIPINSKA, MABILLE, MARIE (A.), Mlle REINE MAUGERET, MEZIE, MIERZEJEWSKI, MIRALLIÉ, MOURATOFF (W. A.), MUSGRAVE-CLAY, NOICA, PANSIER, PARIS (A.), Mlle PASCAL, PERRIN, PICQUÉ, PIERRET, RAVIART, RAYNEAU, RÉGIS, REGNARD (P.), RENDU (A.), RICHER (P.), RODIET, ROLET (J.), ROTH (W.), SIMON, SÉGLAS, SÉRIEUX, SOLLIER, SOUKHANOFF, SOUQUES, TCHIRIEW, THULIÉ (H.), TISSOT, URRIOLA, VALLON, VIGOUROUX, VILLARD, VOISIN (J.), VOISIN (R.), YVON (P.).

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE
Secrétaires de la rédaction : J.-B. CHARCOT ET J. NOIR

Troisième série, tome I. — 1907.
Avec 36 figures dans le texte.

PARIS
BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, *rue des Carmes*
1907



Vol. I. Janvier 1907. N° 1

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE

Contribution à l'étude de l'œil chez les aliénés

Travail du laboratoire de l'asile d'Amiens

PAR MM. LES DOCTEURS

A. MÉZIE
Interne à l'asile d'Amiens

P. BAILLIART
Médecin aide-major de 1re classe, ancien assistant de clinique ophtalmologique.

Contrôler les résultats des nombreuses études déjà faites sur l'appareil de la vision dans les névroses, les intoxications, la paralysie générale et certaines catégories d'aliénés ; étendre en outre dans la mesure du possible, le domaine des connaissances actuelles, en ce qui concerne plus particulièrement le champ visuel des aliénés ; tel est le but de notre travail. L'idée première nous en a été fournie par M. le Dr Charon, médecin en chef, directeur de l'asile, qui nous a également aidés de ses conseils autorisés.

Nos recherches ont porté dans le champ clinique mis à notre disposition sur toutes les catégories d'aliénés. Plus de deux cents sujets ont été examinés ; sur ce nombre nous n'avons retenu que ceux dont les observations prises sans aucune idée préconçue, nous ont semblé offrir toutes les garanties d'exactitude et de sincérité.

C'est en les examinant et en les classant que nous sommes arrivés aux conclusions que nous nous efforcerons de dégager ici.

Nous avons recueilli un grand nombre de champs visuels, variant de 3 à 84 par malade. Avec de la patience et de la méthode, il nous a toujours paru aisé d'obtenir, sinon dès les premières séances, au moins au bout de quel-

ques-unes, des renseignements exacts et parfaitement concordants des sujets les plus difficiles.

Les champs visuels ont toujours été pris par le même opérateur, en se plaçant autant que possible, dans les mêmes conditions d'éclairage. L'instrument employé a été le périmètre de Landolt.

Pour obtenir le champ visuel-type, nous avons déterminé le champ de cinquante sujets absolument normaux, choisis parmi les infirmiers de l'Asile ; la moyenne des résultats obtenus a permis d'établir les limites du champ visuel moyen normal. C'est en comparant au type ainsi obtenu les champs des malades examinés, que nous avons pu les diviser en champs *rétrécis*, *élargis*, et *à oscillations*.

Ce travail a été divisé en deux chapitres distincts : *dans le premier* seront exposés les résultats de l'examen des champs visuels ; *le second* sera consacré à l'étude de l'appareil de la vision proprement dit. Pour éviter les redites, et échapper autant que possible à la monotonie par la reproduction intégrale de toutes les observations qui forment notre dossier, nous les avons groupées par lettres alphabétiques, et numérotées, et nous ne publierons que celles qui nous ont paru les plus caractéristiques pour chacun des cas.

CHAPITRE I. — CHAMP VISUEL.

A. CHAMPS CONSTAMMENT RÉTRÉCIS. — 1° *Dans les états délirants.* α. Systématisé avec hallucinations de la vue ; β. d'interprétation avec hallucinations de la vue ; γ. d'intoxication avec hallucinations de la vue.

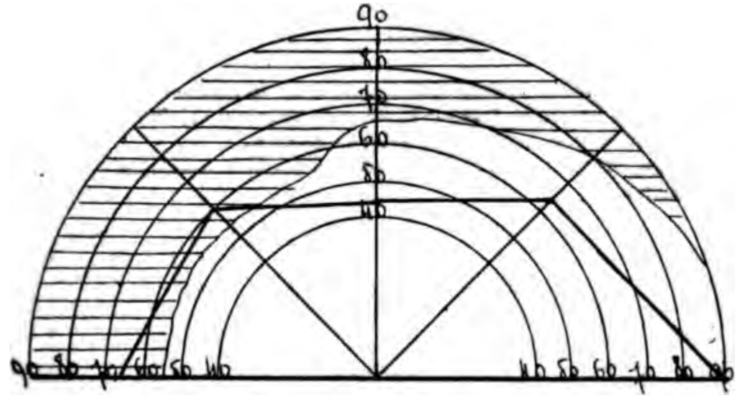
Les hallucinations de la vue sont toujours précédées par un rétrécissement du champ visuel, qui porte toujours en haut, le plus souvent en haut et en dehors. Ce rétrécissement est toujours semblable pour les deux yeux dans sa forme, parfois inégal comme degré.

Pendant toute la durée des troubles hallucinatoires, le rétrécissement persiste dans sa forme, et disparait presque toujours en totalité avec eux.

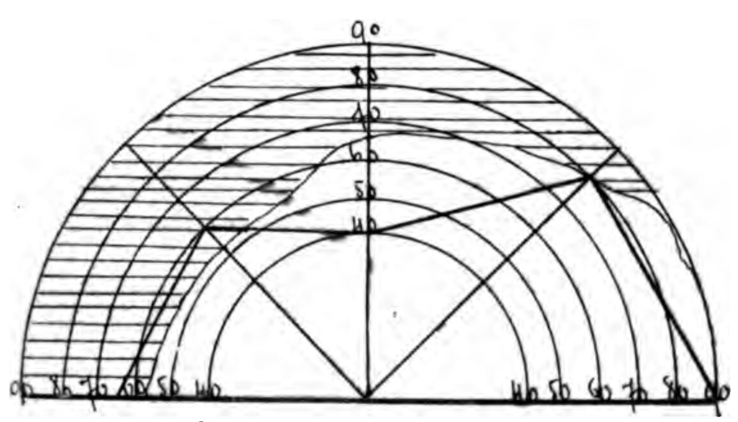
α *Systématisé avec hallucinations de la vue.*—OBS.122— Mme S... Elvire, femme R... 56 ans. Entrée à l'asile le 3 nov. 1900. Idées délirantes de persécution. Hallucinations psycho-sensorielles bila-

térales de l'ouïe (voix insultantes). Hallucinations passagères de la vue. Intégrité de la mémoire.

Huit examens périmétriques du champ visuel. Ci-dessous la partie supérieure de 2 tracés de l'œil gauche (fig. 1 et 2).

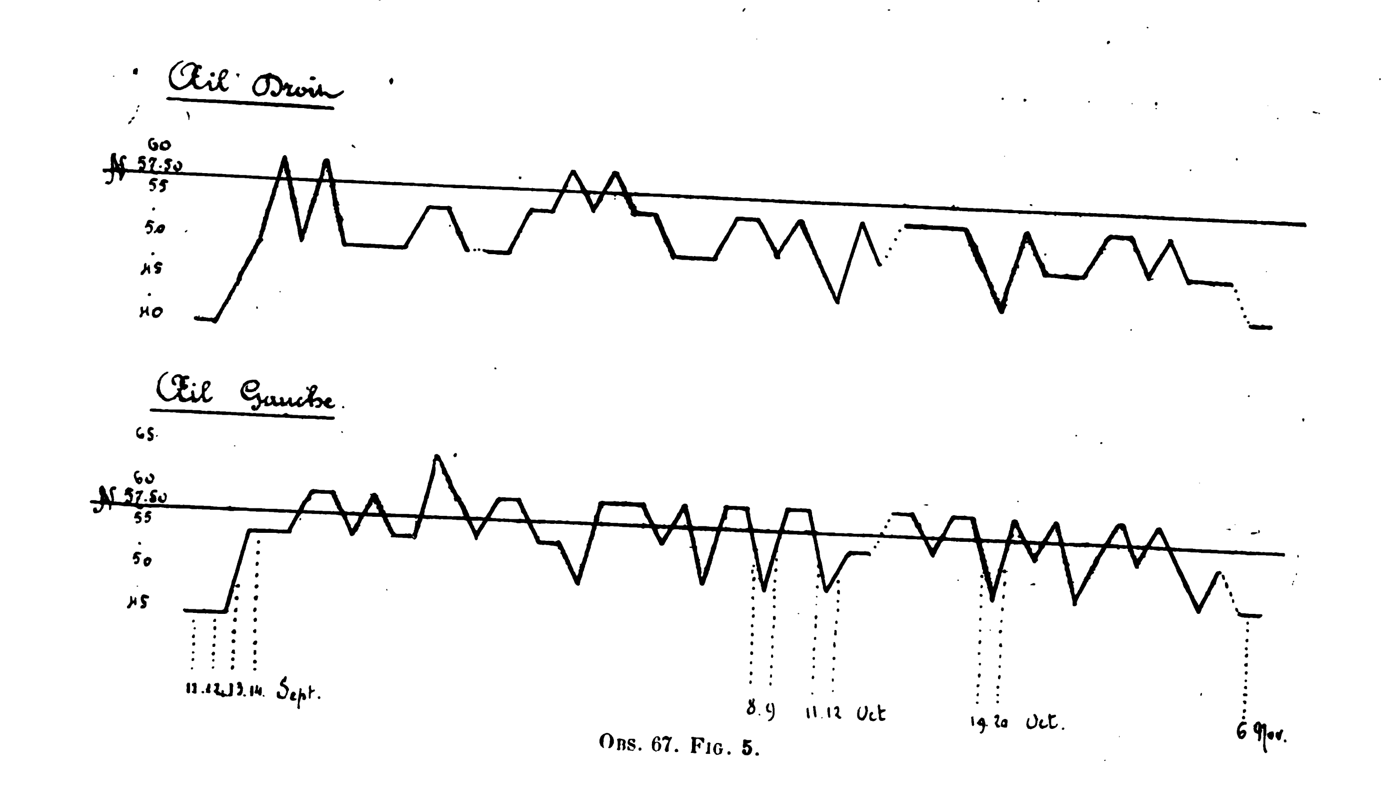


Obs. 122. Fig. 1. — O. G. Hallucinations de la vue.



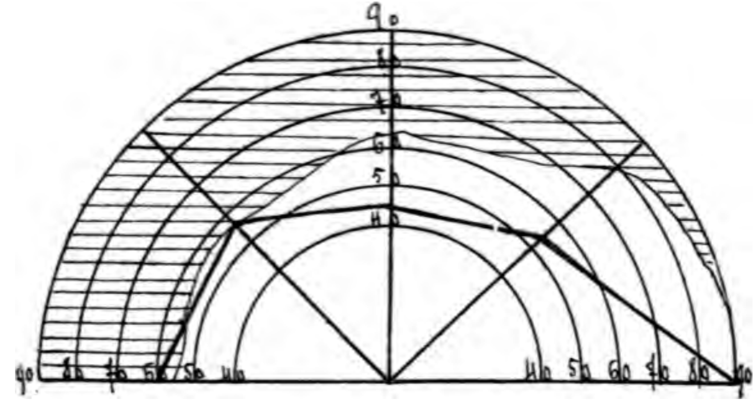
Obs. 122. Fig. 2. — O. G. Etat de dépression.

Le tracé n° 1, pris le 28 septembre, moment où la malade avait des hallucinations de la vue : (Ses persécuteurs venaient la narguer jusque dans la cour de l'asile), présente le rétrécissement du champ visuel caractéris-


Œil Droit
60
N 57.50
55
50
45
40
Œil Gauche
65
60
N 57.50
55
50
45
11.12.13.14. Sept.
8.9
11.12 Oct
19.20 Oct.
6 Nov.

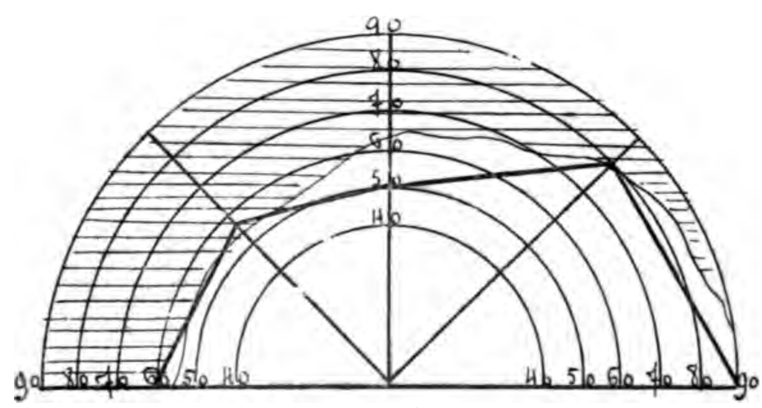
Obs. 67. Fig. 5.

Abaissement pour les 2 yeux, rétrécissement en haut et en dehors, hallucinations intenses. Ci-dessous la partie supérieure des tracés du 11 septembre, et du 8 octobre pour l'œil gauche (fig. 6 et 7).



Obs. 67. Fig. 6. — O. G. Hallucination de la vue.

La figure 6 présente les rétrécissements en haut, en haut et en dehors, caractéristiques des hallucinations



Obs. 67. Fig. 7. — Etat dépressif.

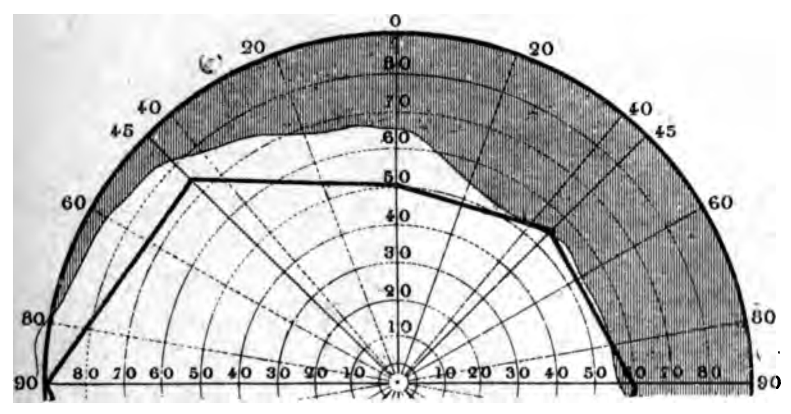
de la vue. La figure 7 est rétrécie en haut, comme il arrive toujours dans les états dépressifs.

2° *Dans les états s'accompagnant de troubles de l'activité*

générale. α. Etats mélancoliques délirants ; β. Etats mélancoliques anxieux.

Pour n'importe quel malade tout état de dépression est annoncé par un rétrécissement du champ visuel constant en haut (1). Il est parallèle à l'état même du sujet, et cesse d'exister avec le trouble. On le trouve dans tous les états mélancoliques ; mais il s'y rencontre rarement pur (2), le plus souvent il est associé à d'autres variations du champ visuel, dues à des troubles surajoutés.

α. *Etat mélancolique délirant.*—Obs. 23. — Mme C...., femme D... âgée de 48 ans. Entrée à l'asile le 23 mars 1906. Affaissement, diminution de la sensibilité générale et des réflexes tendineux, gastro-



Obs. 23. — Fig. 8. — O. D.

entérite ancienne, pharyngite granuleuse. Idées de ruine, d'indignité, auto-accusation, illusions de l'ouïe, de la vue et du goût, tentatives puériles de suicide. Cinq examens périmétriques. Ci-dessus la partie supérieure de celui du 3 nov. 1906 (fig. 8 et 9).

Ce tracé présente en haut le rétrécissement de l'état dépressif, ainsi qu'un léger rétrécissement en haut et en dehors, dû à des illusions visuelles.

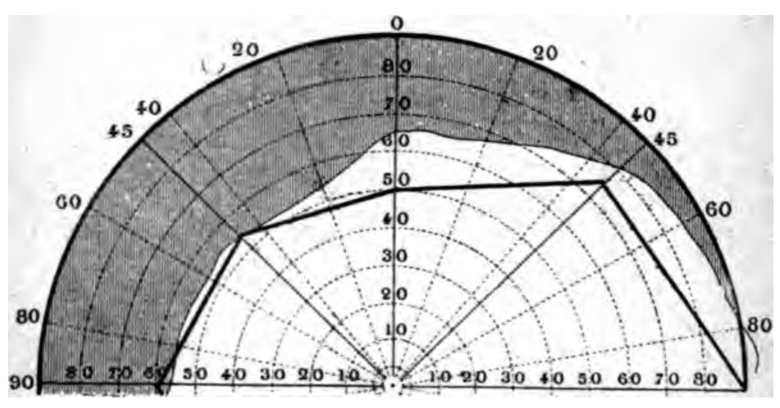
(1) Nous le signalons plusieurs fois au cours de notre travail.
(2) Il ne nous a pas été donné d'examiner d'état mélancolique simple.

α. *Etat mélancolique anxieux.* — Obs. 126. — Mme Th.... femme D.., âgée de 45 ans. Entrée à l'asile le 6 août 1906. Microcéphalie. Voûte palatine élevée. Diminution de la sensibilité générale et des réflexes tendineux. Cyanose des extrémités. Insomnie. Anorexie, digestions pénibles. Leucorrhée. Petits accidents de brightisme.

Interprétations pessimistes de modifications cénesthésiques mal déterminées. Crises d'anxiété et de désespoir, sous l'influence desquelles elle a déjà fait plusieurs tentatives de suicide.

14 examens périmétriques. Ci-dessous le schéma des variations du champ visuel en haut (fig. 10).

20 *août.* Alitée se lamente et pleure. — 24 *août.* Levée se trouve mieux, travaille. — 12 sept. Rentrée du travail, parce qu'elle se sentait fatiguée. — 13 sept. Moins abattue. — 31 oct. Se dit com-

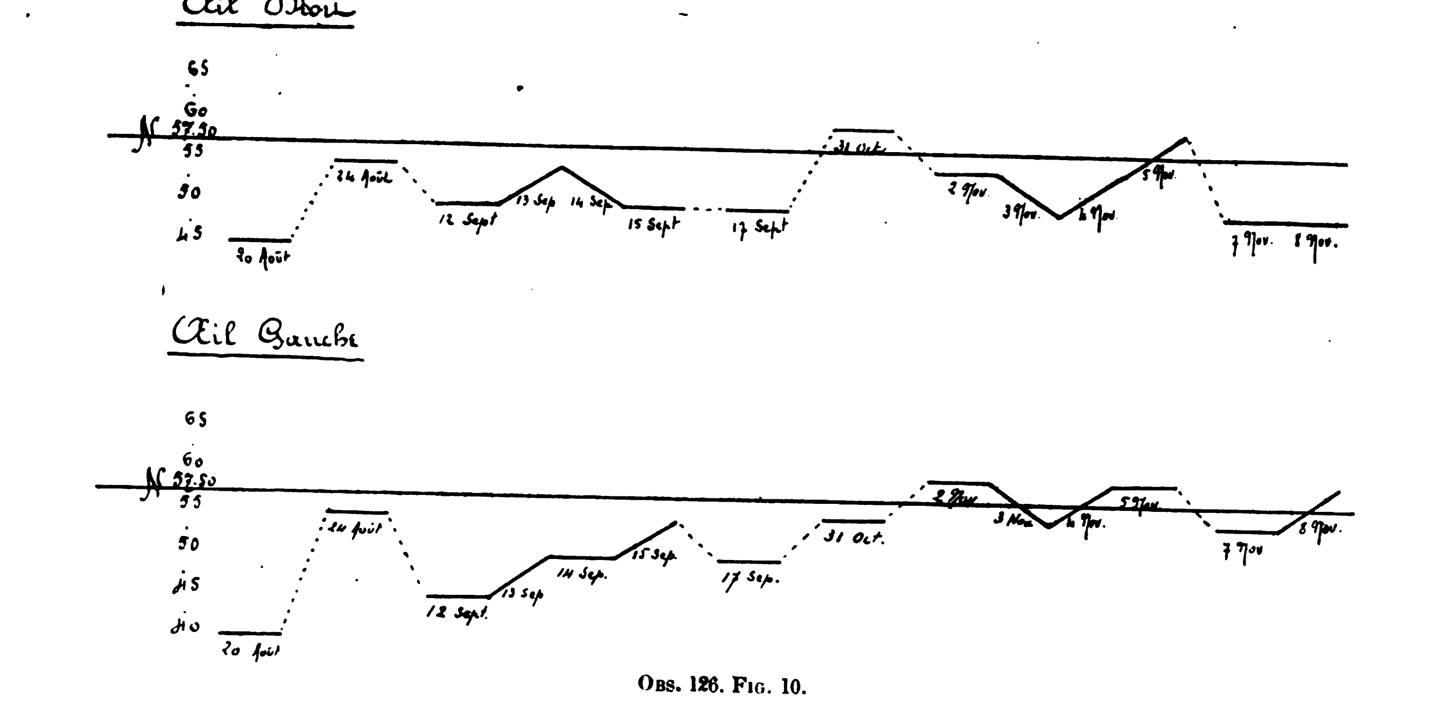


Obs. 23. Fig. 9. — O. G.

plètement guérie (n'a plus de mauvaises idées), travaille. — 2 nov. Continue à être bien, etc..

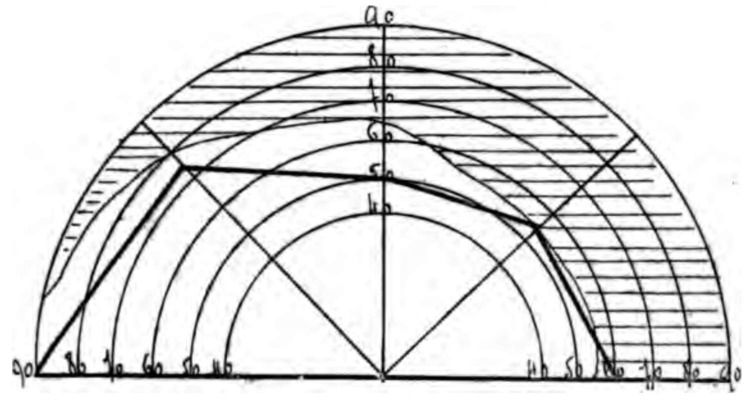
3° *Dans les états démentiels congénitaux.* α. Imbécillité simple ; β. Imbécillité interprétante ; γ. Imbécillité délirante avec hallucinations de la vue ; δ Imbécillité avec stupidité. Ces démences s'accompagnent de rétrécissement du champ visuel, constant en haut, quelquefois global.

α. *Imbécillité simple.* — Obs. 17. — M. B...., Charles, 27 ans, entré à l'asile le 23 août 1906. — Taille au-dessous de la moyenne. Microcéphalie, prognatisme, oreilles mal conformées, voûte pala-



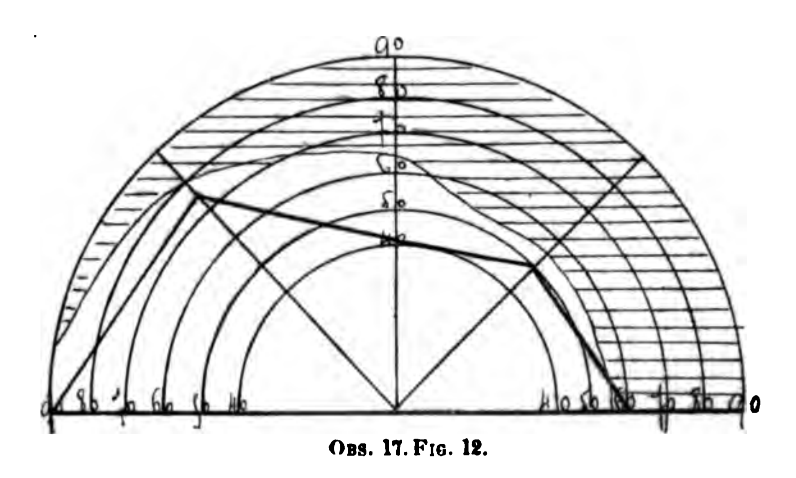
Obs. 126. Fig. 10.

tine élevée, dentition mauvaise, excès alcooliques passagers. Arrêt de développement intellectuel et moral, instable, impulsions à l'incendie. — Transféré à l'asile de la prison d'A... où il était dé-



Obs. 17. Fig. 11.

tenu sous l'inculpation d'incendie volontaire. Quatre examens périmétriques.

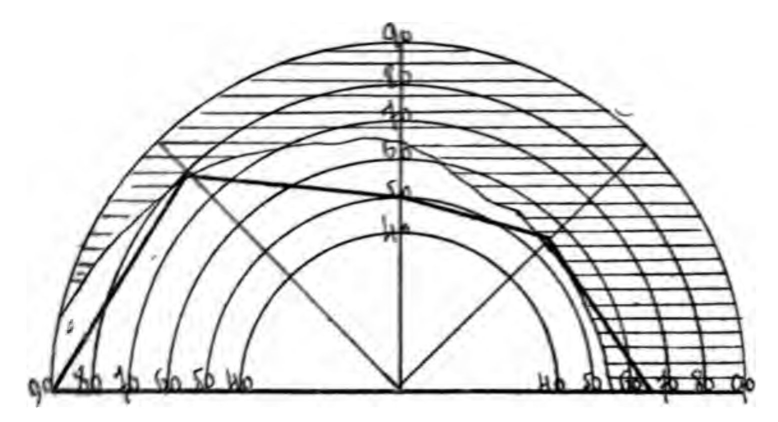


Obs. 17. Fig. 12.

Ci-dessus la partie supérieure de deux tracés de l'œil droit (fig. 11 et 12).

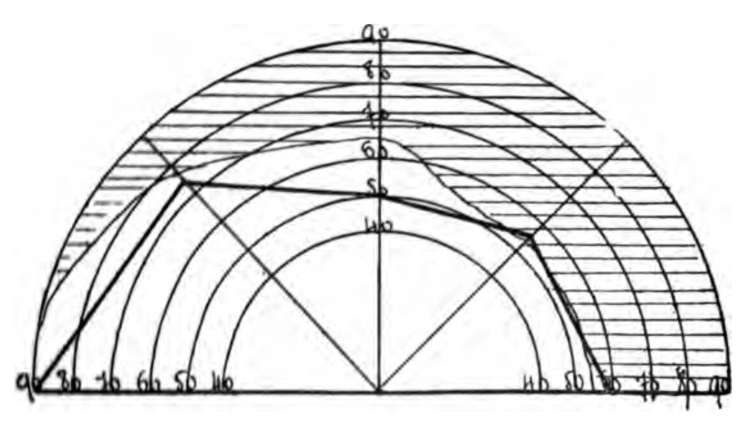
Le tracé 11 pris le 15 septembre représente le champ normal du sujet, rétréci en haut (le sujet travaille).

Le tracé 12 pris le 25 sept. Le sujet étant déprimé,



Obs. 40. Fig. 13. — Etat normal.

le rétrécissement du champ visuel en haut s'est accentué.



Obs. 40. Fig. 14. — Voit des brouillards.

β. *Imbécillité interprétante.* — Obs. 40. — Madame D..... Marie femme R...., 32 ans. Entrée à l'asile le 31 août 1906. Microcéphalie. Voûte palatine élevée, oreilles mal conformées, yeux petits, regard

sans expression. — Diminution quantitative de l'intelligence. — Indifférence affective. Irritabilité. Idées de persécution et de jalousie à base d'interprétations. — Quatre examens périmétriques concordants. Ci-dessus la partie supérieure de deux tracés pour l'œil droit (fig. 13 et 14).

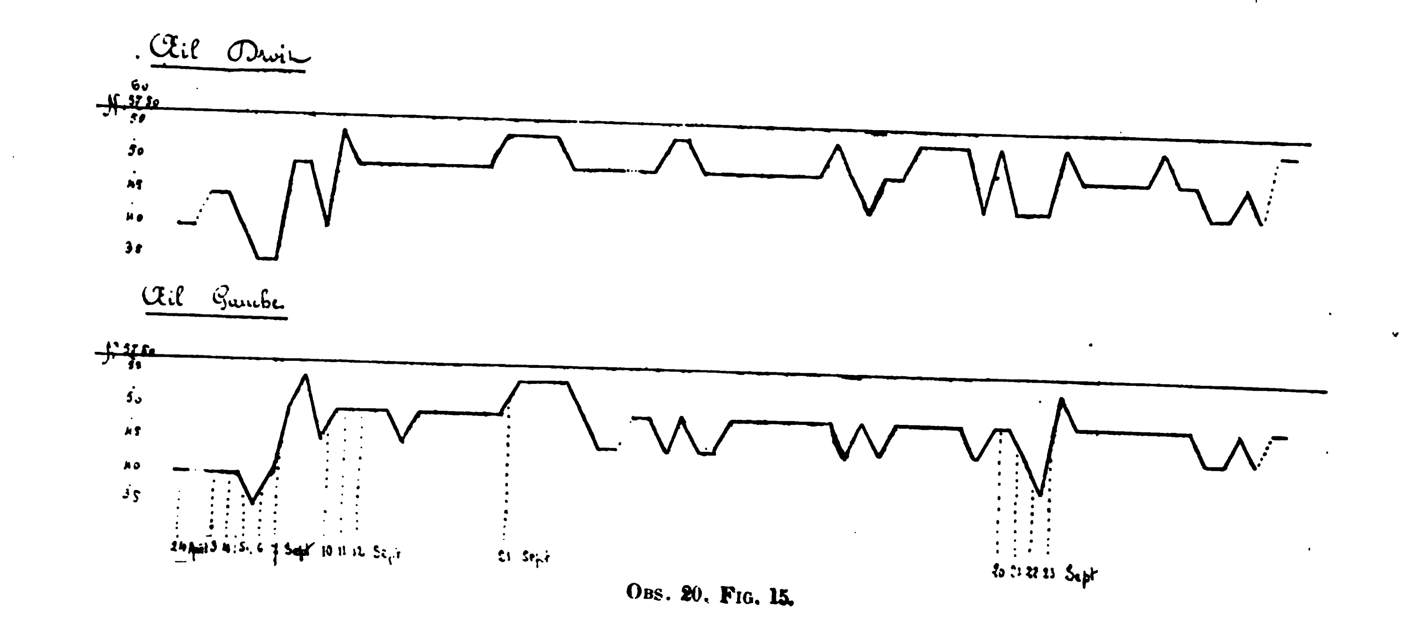
Le tracé n° 13, pris le 3 septembre, représente le champ visuel normal du sujet. Le tracé n° 14, pris le 4 octobre, présente un léger rétrécissement en haut et en dehors (la malade voit comme des brouillards).

γ. *Imbécillité délirante avec hallucinations de la vue.* — Obs. 20. — M. C...., Eugène, âgé de 31 ans. Entré à l'asile le 16 août 1904.— Atrophie du massif inférieur de la face, oreilles mal conformées, voûte palatine élevée, tremblement généralisé surtout accusé à la langue et aux doigts, roulement présystolique. — Diminution quantitative et qualitative de l'intelligence. Idées délirantes de persécution, hallucinations psycho-sensorielles de l'ouïe, hallucinations franches de la vue, s'accompagnant de réactions violentes. — Soixante-cinq examens périmétriques complets pour le blanc.

Ci-après le *schéma* des variations de l'étendue du champ visuel en haut (fig. 15).

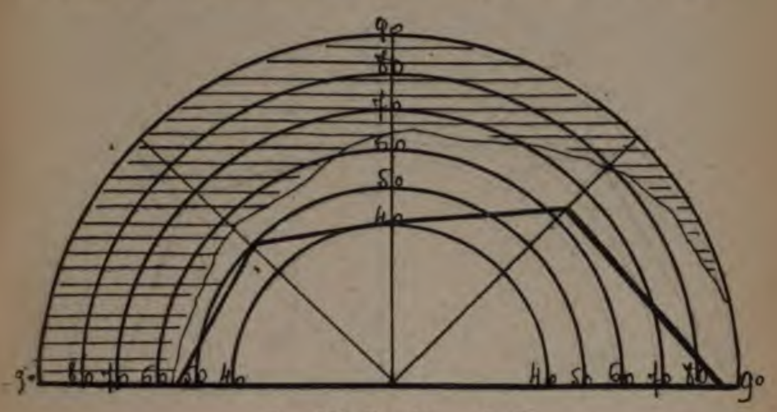
Le 24 *août*. Rétrécissement portant sur les 2 yeux, hallucinations intenses (voit des gendarmes par-desssus les murs de la cour, leur lance des pierres). Les hallucinations continuent les 3 et 4 septembre. — *Le* 5. Un abaissement plus notable encore constaté à 4 heures de l'après-midi, amène son isolement le 6 au moment du lever,soit 14 heures après ; le soir même, le champs'élève pour l'œil gauche, l'œil droit restant stationnaire, des hallucinations persistent, mais moins intenses. — *Le* 7. Le malade est calme. On a une ascension franche pour les 2 yeux. *Le* 10. ascension des deux yeux notable surtout pour l'œil droit ; *le* 11, le malade est très agité (les brigands l'insultent par derrière, mais *il ne les voit pas*, car ils sont enfermés), il y a un abaissement pour l'œil droit ; l'œil gauche restant stationnaire ; *le* 12, le malade est calme.— Le 21 ascension des 2 yeux, le lendemain agitation violente, sans hallucinations de la vue. — *Le* 20 *octobre*, abaissement notable de l'œil droit, le lendemain hallucinations de la vue, accompagnées de réactions très violentes (le malade lance des pierres à ses ennemis, frappe les murs pour les écraser, etc..), l'abaissement de l'œil gauche est constaté. *Le* 23, ascension notable pour les 2 yeux, le malade étant calme.

δ *Imbécillité avec stupidité.* — Obs. 117. Mme R... Elsa femme C..., 29 ans. Entrée à l'asile le 23 janv. 1906. — Front bas,



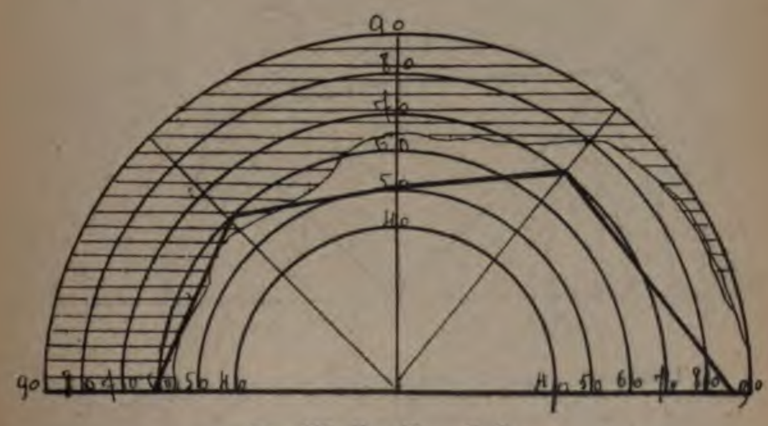
Obs. 20. Fig. 15.

étroit, oreilles mal conformées, voûte palatine élevée, regard sans expression. — Diminution de la sensibilité générale et des réflexes



Obs. 117. Fig. 16. — O. G.

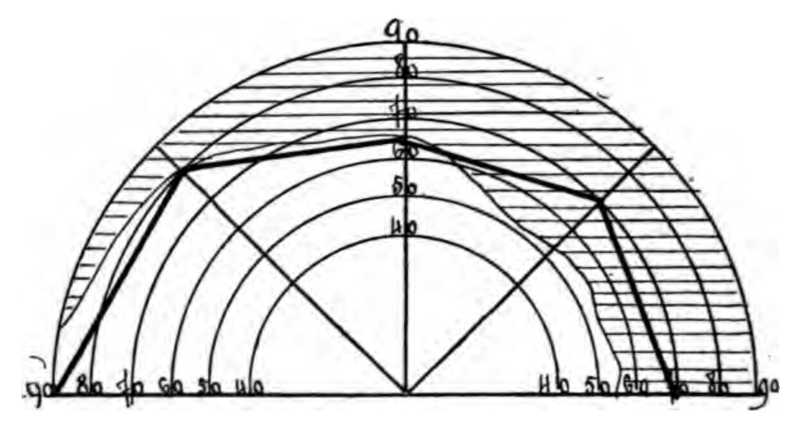
tendineux, attitude figée, mutisme, gâtisme. — Ce n'est qu'après de nombreuses séances que nous avons pu obtenir des examens



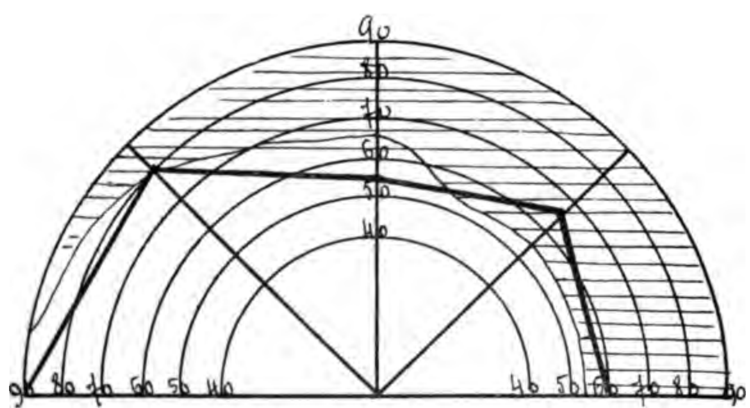
Obs. 117. Fig. 17. — O. G.

exacts ; nous en possédons neuf sensiblement concordants — Ci-dessus la partie supérieure de 2 tracés de l'œil gauche (fig. 16 et 17).

Le tracé 16, pris le 20 octobre, est plus rétréci que le tracé 17, la malade étant moins affaissée (1).



OBS. 8. FIG. 18. O. D. Agitation.



OBS. 8. FIG. 19 — O. D. Calme.

(1) Il nous est arrivé de trouver dans certains états délirants intenses : (1° d'agitation violente avec hallucination de l'ouïe et de la vue ; 2° de dépression s'accompagnant d'anxieté avec illusions de la vue, hallucinations de l'ouie), des champs visuels considérablement rétrécis, soit d'une façon irrégulière, soit globalement ; mais dans ces cas, la diminution de l'attention des sajets était telle que nous n'avons pas cru devoir en tenir état, malgré l'insistance apportée et les précautions prises pour avoir des renseignements exacts.

B. CHAMPS CONSTAMMENT ELARGIS. — Dans les états s'accompagnant de troubles de l'activité générale. α) Maniaque simple ; β) Maniaque continu ; γ) Maniaque intermittent. Chez ces malades, l'étendue globale du champ visuel est en raison directe de l'agitation, il redevient normal, le plus souvent lorsqu'elle cesse.

α *Maniaque simple.* — OBS. 8. Mme B..., veuve B..., 71 ans. Entrée à l'asile le 5 juillet 1906. — Désordre des actes, regard brillant, face vultueuse, diminution de la sensibilité générale. Exagération des réflexes tendineux. — Désordre des idées, grandiloquence emphase (attitude dramatique), conceptions mégalomaniaques, hypermnésie. — Six examens périmétriques. Ci-contre la partie supérieure de 2 tracés de l'œil droit (fig. 18 et 19).

Le tracé nº 18 pris le 11 septembre, la malade étant agitée, est globalement élargi. Le tracé nº 19, pris le 31 octobre, la malade étant calme, est globalement moins étendu.

β. *Maniaque continu.* — OBS. 37. Mme G.... veuve D...., 65 ans. Entrée pour la seconde fois à l'asile le 3 août 1902. 1er séjour du 11 juin au 8 nov. 1897. — Désordre des actes, agitation continue, diminution de la sensibilité générale, exagération des réflexes tendineux. Voix de polichinelle. — Désordre des idées, conceptions mégalomaniaques. — Quatre examens périmétriques concordants. Ci-dessous la partie supérieure du tracé du champ visuel pris le 6 oct. 1906 (fig. 20 et 21).

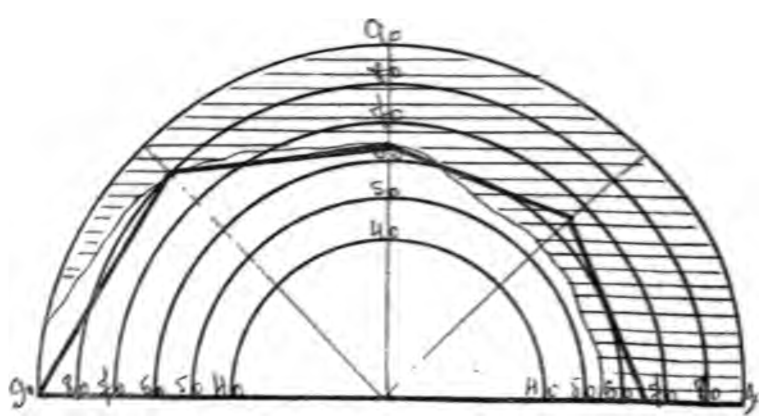
Le champ est élargi dans toute son étendue.

γ. *Maniaque intermittent.* — OBS. 48. Mlle D... Virginie, âgée de 46 ans. Entrée à l'asile le 2 février 1892. Transférée de l'asile de Saint-Venant. Regard brillant, face vultueuse, désordre des actes, diminution de la sensibilité générale. Exagération des réflexes tendineux. Hypermnésie, association automatique des idées et des mots, fuite des idées, idées de persécution sans consistance. Accès intermittents d'agitation violente, cessant en quelques jours, parfois brusquement et suivis de périodes de calme. — Vingt-sept examens périmétriques.

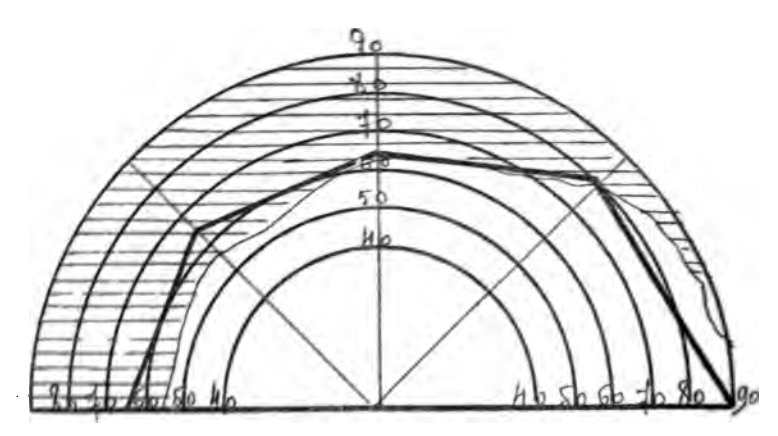
Ci-après le schéma des variations de l'étendue du champ visuel en haut (fig. 22).

23 champs, pris du 9 sept. au 1er oct. pendant un accès d'agitation maniaque, sont restés constamment élargis globalement, et ont toujours dépassé la moyenne normale. Les élévations ont toujours accompagné ou précédé de quelques heures à vingt-quatre

[illegible] de l'agitation. Le champ pris le [illegible] octobre, la malade étant relativement calme depuis [illegible] et paraissant un peu déprimée, est [illegible] de la moyenne : dès le 2 novembre, elle remonte [illegible] et s'y maintient.



Obs. 37. Fig. 20. — O. D.

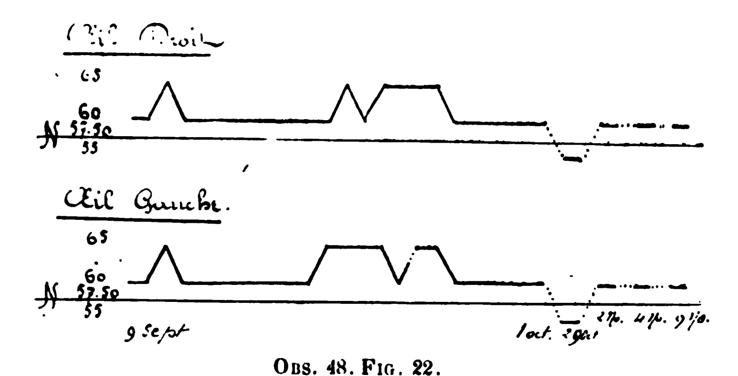


Obs. 37. Fig. 21. — O. G.

C. Champs visuels a oscillations. — Dans les états dits maniaques dépressifs d'après Krœpelin (folie circulaire continue, maniaques intermittents et mélancoliques intermittents à type irrégulier, etc.), les accès aigus d'ex-

citation ou de dépression s'accompagnent d'oscillations brusques du champ visuel, au-dessus et au-dessous de la moyenne normale, qui permettent de prévoir les variations d'intensité du trouble d'un jour à l'autre, ainsi que la cessation ou l'apparition de l'accès quand elles se répètent à intervalles rapprochés.

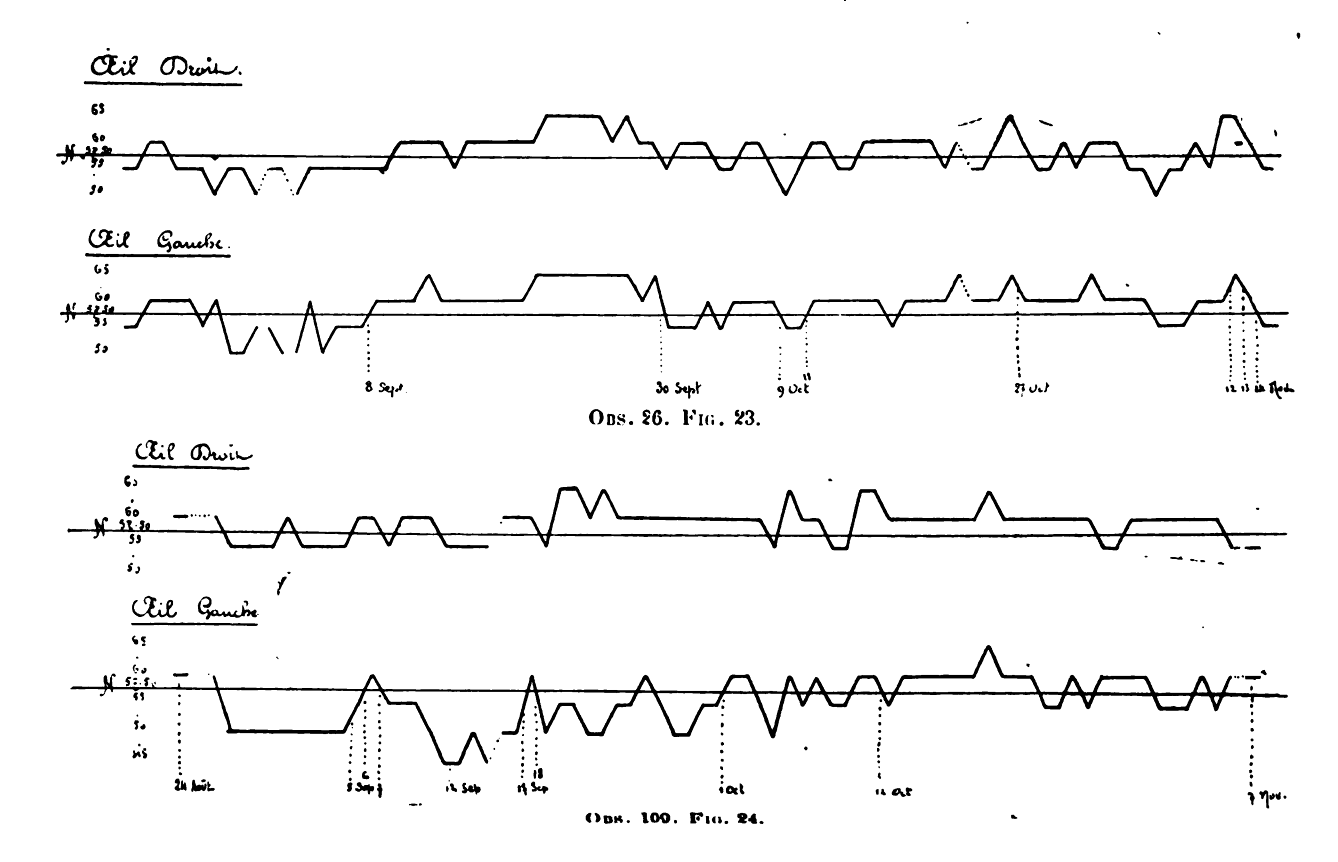
1° *Folie circulaire continue.* — Obs. 26. Mme C..... Philomène, femme Fr..... 55 ans. Entrée pour la 4e fois à l'asile le 19 juillet 1906. 1er *séjour* du 21 janvier au 28 février 1903. Traitée pour un accès d'agitation maniaque. — 2e *séjour* du 28 juillet 1903 au 29 janvier 1905. (Agitation du 28 juillet au 2 octobre, dépression profonde du 2 octobre au 11 décembre. — Agitation violente du 11 décem. 1903 au 11 février 1904, dépression jusqu'au 4 mai. — Agi



Obs. 48. Fig. 22.

tation violente du 14 mai au 20 juillet. — 10 août dépression profonde. — 7 octobre. Excitation. — Agitation du 11 octobre au 12 décembre. — Rendue à sa famille le 29 janvier. — 3e *séjour* du 16 février 1905 au 20 mai 1906. — Agitation jusqu'au 10 mai. — Dépression du 15 mai au 30 juin. — Agitation du 20 juillet au 2 novembre. — Agitation du 28 février au 30 avril. — Congé le 20 mai. — 4e *séjour* depuis le 19 juillet. Agitation violente, diminution de la sensibilité générale. Tremblement fin des doigts et de la langue. Exagération des réflexes tendineux. Logorrhée. Hypermnésie. Idées de persécution. Idées ambitieuses. 84 examens périmétriques complets pour le blanc. Ci-dessous le schéma des variations des champs visuels en haut (fig. 23).

Le 8 septembre. Le champ visuel monte pour l'œil gauche, la malade devient agitée la nuit d'après. — *Le* 30 *septembre.* Le champ visuel baisse à 55 pour les 2 yeux, la malade dort la nuit, est calme



Obs. 26. Fig. 23.

Obs. 100. Fig. 24.

le lendemain. — *Le* 9 *octobre.* Agitée le jour, elle baisse et dort la nuit.— *Le* 11 *octobre.* Bien que paraissant déprimée, le champ visuel monte à 60 pour les 2 yeux, elle s'agite la nuit et les jours suivants. — *Le* 27 *octobre.* Elle baisse. Calme la nuit. — *Le* 12 *novembre.* Montée à 65, agitation violente dans la nuit. — *Le* 13 *novembre* Elle descend, dort la nuit. — *Le* 14 novembre. La baisse s'accentue. — Elle est un peu déprimée. — *Le* 15 *novembre.* Même champ visuel, même état, commence à travailler.

2° Etat *maniaque intermittent à type irrégulier.* — OBS. 109. — M. P...., Charles, 32 ans. Entré à l'asile le 12 février 1902.— Désordre des actes, regard brillant, tremblement généralisé, diminution de la sensibilité générale. Exagération des réflexes tendineux. Insomnie. — Logorrhée, idées de satisfaction et de grandeur. Hypermnésie, diminution de l'attention. 72 examens périmétriques complets pour le blanc. Ci-contre le schéma des variations en haut du champ visuel, en rapport avec les troubles de l'activité générale (fig. 24).

Le 24 *août.* Le malade est pris, étant isolé, son champ est globalement étendu. *Le* 5 *septembre.* Ascension pour les 2 yeux constatée à 4 heures de l'après-midi, isolé le lendemain au réveil. *Le* 6. L'élévation s'accentue pour l'œil gauche, le malade reste isolé. *Le* 7. Chûte pour les 2 yeux, le malade est calme. *Le* 12. Le malade est déprimé, on avait un abaissement la veille.

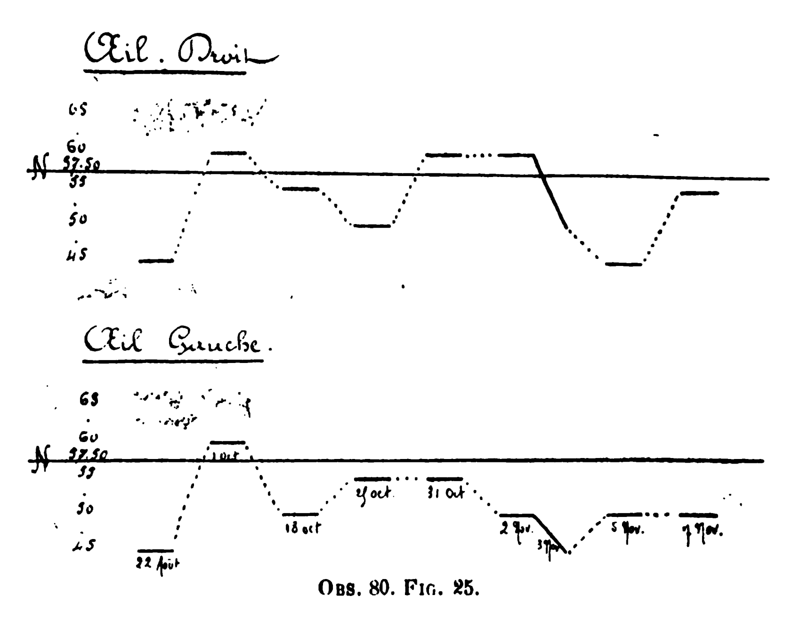
Le 17 *sept.* Ascension des 2 yeux s'accompagnant de logorrhée. — *Le* 18 *sept.* Chute, le malade est calme, etc.

3° *Etat mélancolique intermittent à type irrégulier.* — OBS. 80. Mme L... Marie, femme B., âgée de 53 ans. Entrée à l'asile le 31 juillet 1906. — Affaissée, diminution de la sensibilité générale et des réflexes tendineux, cyanose des extrémités, anorexie, digestion pénible, constipation, tumeur ancienne du genou droit d'origine bacillaire. — Idées délirantes de persécution, de ruine, illusions du goût, préoccupations de suicide ; 9 examens périmétriques complets (fig. 25).

22 *août.* La malade étant déprimée est bien au-dessous de la moyenne. — 1er *octobre.* Elle est excitée, et passe franchement au-dessus de la normale. — 18 *octobre.* Pleure et se lamente au moment de l'examen, le champ reste cependant sensiblement normal pour l'œil droit ; elle a été agitée toute la nuit précédente et s'agite la nuit suivante à partir de 3 heures. — *Le* 31 *octobre.* Le champ est étendu, bien que la malade paraisse déprimée, elle s'agite le lendemain. — *Le* 5 *nov.* Elle est nettement au-desssous de la moyenne, et a une crise d'anxiété la nuit suivante.

D. CHAMP VISUEL DES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX. — Nous avions, dès le mois de mars dernier, noté, dans la

perception des couleurs chez les paralytiques généraux, des différences en rapport avec leurs antécédents étiologiques, et remarqué particulièrement les variations qui accompagnent les ictus. Nos résultats concordent avec les conclusions du travail de MM. A. Rodiet, Dubos et P. Pansier, en ce qui concerne les troubles de la vision. Nous y ajouterons cependant que les troubles hallucinatoires et de l'activité générale s'accompagnent, chez eux, des mêmes variations, dans l'étendue du champ visuel, que chez tous les autres aliénés.

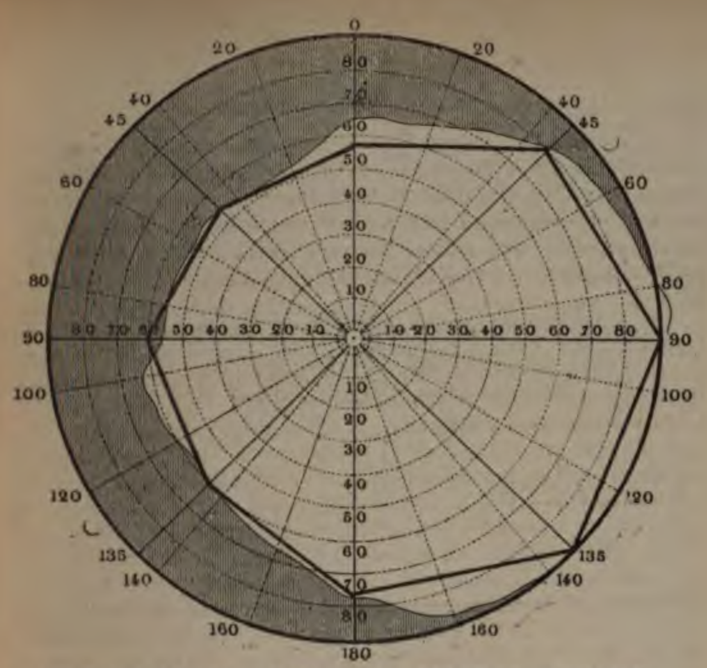


Obs. 80. Fig. 25.

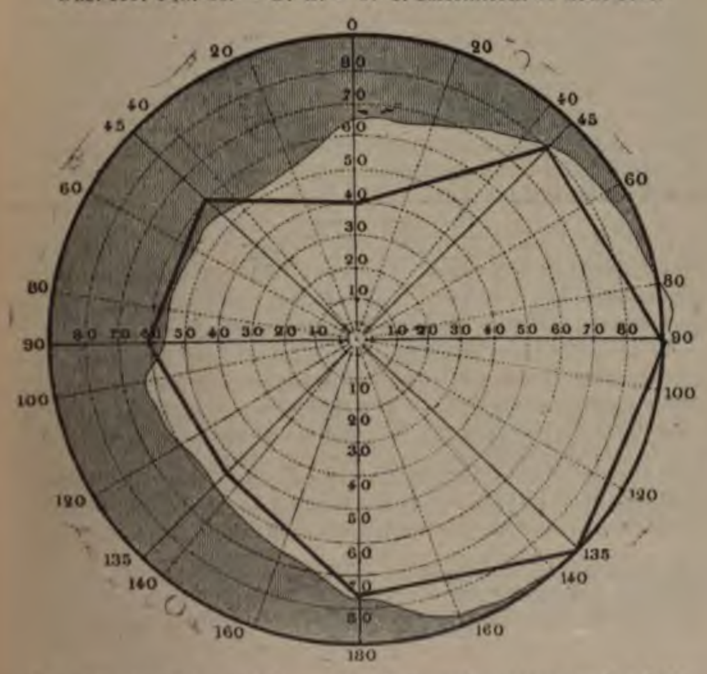
1° *Avec les troubles de l'activité générale.* — Obs. 116. — M. R..., Jules, 65 ans. Entré à l'asile le 22 août 1906. — Désordre des actes Logorrhéee, accrocs de la parole. Tremblement fibrillaire des doigts et de la langue, diminution de la sensibilité générale. Exagération des réflexes tendineux. — Idées délirantes absurdes de satisfaction de grandeur, de richesse, d'invention, amnésie progressive.

4 examens périmétriques du champ visuel complets pour le blanc. Ci-contre 2 tracés complets de l'œil gauche pour le blanc (fig. 26 et 27).

2° *Avec les hallucinations de la vue.*— Obs. 100. M. M... Louis,



Obs. 116. Fig. 26. — O. G. — N° 1. Excitation. 24 août 1906.



Obs. 116. Fig. 27. — O. G. — N° 2. Dépression. 28 septembre 1906.
Le champ n° 1 correspondant à l'état d'excitation, est sensiblement normal. On trouve dans le champ n° 2 le rétrécissement en haut caractéristique des états dépressifs.

43 ans, entré à l'asile le 25 janvier 1906. Masque paralytique, accrocs de la parole. Tremblement fibrillaire des doigts et de la langue diminution de la sensibilité générale. Exagération des réflexes tendineux. Inégalité pupillaire. (séjour aux colonies). Excès alcooliques, accès de fièvres intermittentes. Affaissement global de l'intelligence. Idées de persécution sans consistance, amnésie progressive.

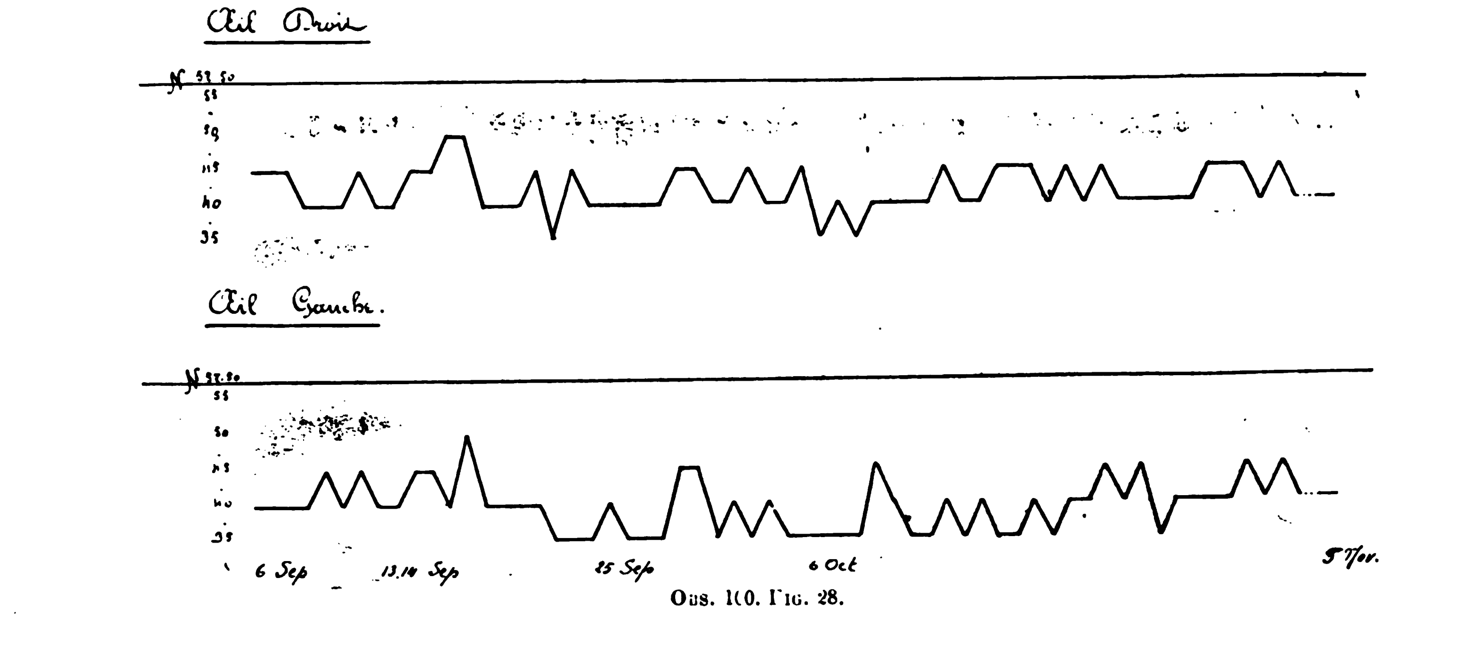
Hallucinations psycho-sensorielles de l'ouïe. Hallucinations terrifiantes de la vue, s'accompagnant de réactions violentes. 60 examens périmétriques complets. Ci-dessous le schéma des variations de l'étendue du champ visuel en haut (fig. 28).

Le 6 *septembre.* Le malade pris la 2e fois (le premier champ visuel n'ayant pas été conservé) à 3 heures de l'après-midi accuse un rétrécissement net du champ visuel en haut pour les 2 yeux ; le soir à 10 h. 1/2, soit 7 heures 30 après, sans qu'aucun autre signe ne les ait annoncées, il a des hallucinations terrifiantes (bris de carreaux, cris de terreur, au secours, à l'assassin, je brûle, etc..).. — *Le* 14 *septembre.* Le malade se livre le matin à 6 heures à des voies de fait sur un de ses camarades qu'il ne reconnaît pas. Le champ visuel pris la veille à 4 heures de l'après-midi accusait un rétrécissement net ; l'après-midi du 14, à 4 heures, soit 10 heures après, le rétrécissement avait disparu. — *Le* 25 *septembre.* A 10 heures du soir, le malade a des hallucinations terrifiantes, le champ visuel dans ce cas nous a présenté une oscillation contraire pour l'œil gauche, l'œil droit restant rétréci. Le rétrécissement pour l'œil gauche a donc dû se produire plus tard, soit quelques heures avant l'hallucination. — *Le* 6 *octobre.* L'œil gauche étant déjà fortement rétréci, nous trouvons un abaissement très net pour l'œil droit ; à 10 heures 1/2 du soir, le malade tente de se mutiler en se frappant la tête contre une porte (1).

E. ETATS DEMENTIELS AVEC NÉVROSE. 1° *Epileptique.* — Le nombre des observations complètes que nous possédons actuellement sur ces états est trop restreint pour que nous puissions en tirer des conclusions.

Nous noterons cependant, que les champs visuels pris par nous chez ces malades sont jusqu'à présent, ou sensiblement normaux, ou hyperétendus, contrairement à ce qu'a écrit Ottolenghi S., qui les a trouvés rétrécis 12 fois sur 12 épileptiques en dehors de l'accès. Toutefois leur étendue paraît être en rapport avec les troubles de l'activité générale, précédant ou suivant la crise.

(1) Nous n'avons noté que les hallucinations suivies de réactions violentes consignées sur les rapports des surveillants infirmiers. Mais chaque rétrécissement correspond à des hallucinations



Obs. 100. Fig. 28.

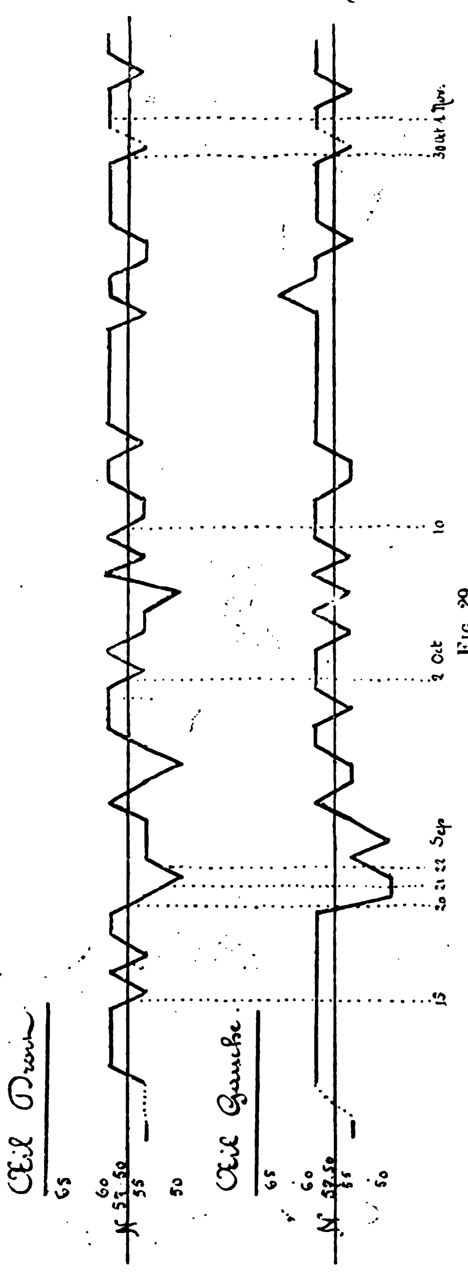


Fig. 29.

Nous n'en citerons ici qu'un cas, pour lequel nous avons pris 59 champs visuels complets pour le blanc, et où l'approche des crises a toujours été annoncée par un rétrécissement, portant constamment en haut, quelquefois en haut et en dehors.

Obs. 32. M. D...., Gaston, 36 ans.

Entré pour la 2e fois à l'asile le 27 juillet 1901. 1er séjour du 17 août au 31 décembre 1898. Prognatisme, Voûte palatine élevée, mauvaise dentition, oreilles mal conformées, teint mat, chairs flasques, œil comitial.

Affaiblissement global de l'intelligence, grandiloquent, irritable, humble, satisfait, persécuté. Accès précédés d'auras psychiques se traduisant par de la dépression avec anxiété, suivis d'agitation inquiète, amnésie lacunaire. 56 examens périmétriques complets pour le blanc. Ci-contre le schéma pour les variations de l'étendue du champ visuel en haut (fig. 29).

Le 15 *septembre.* Abaissement ponr l'œil droit, l'œil gauche restànt normal, crise dans la soirée. *Le* 20 *septembre.* Le

champ pris à 4 h. de l'après-midi, donne un rétrécissement notable pour les 2 yeux, le lendemain matin à 10 heures, le malade a une crise très violente, le champ pris à 4 heures du soir, soit 6 heures après reste rétréci, il redevient normal le lendemain pour les 2 yeux. *Le* 2 *octobre*. Ou a un rétrécissement pour l'œil droit et une crise dans la soirée.

Le 10 *oct.* Rétrécissement pour l'œil droitcrise légère quelques heures après.— *Le* 30. Rétrécissement pour les 2 yeux.— *Le* 31 à 2 h. de l'après-midi, crise violente. On ne peut pas prendre le champ visuel du malade qui est dans un état d'agitation inquiète; le lendemain 1er novembre le champ redevient normal pour les 2 yeux.

2° *Hystérique*. — Chez ces malades également (nous n'avons encore que peu d'observations complètes), l'étendue du champ visuel ne nous a pas paru être fonction de la névrose elle-même, mais bien de l'état surajouté. Quant à la perception des couleurs, nous en reparlerons dans un travail d'ensemble, dont nous avons déjà les éléments, et qui porte sur tous les aliénés.

CHAPITRE II. FOND DE L'ŒIL.

Nous avons pour chaque classe de malades, divisé l'étude du système oculaire en deux parties : d'un côté l'état des pupilles, de l'autre l'état du fond de l'œil. La réfraction a fait l'objet d'un paragraphe spécial.

Nous avons négligé de signaler toutes les lésions banales que nous avons pu rencontrer, soit du côté des membranes externes (blépharo-conjonctivite, taies de la cornée), soit du côté des milieux (opacités cristalliniennes) soit du côté du fond de l'œil (staphylome postérieur), lorsque ces lésions nous ont paru absolument indépendantes de toute affection mentale, atteignant l'aliéné comme elles auraient atteint tout autre sujet.

L'examen des pupilles a été fait à la chambre noire, et à l'éclairage oblique. On ne saurait s'entourer de trop de précautions avant de parler d'irrégularité, d'inégalité des pupilles, ou de troubles des réflexes. Bien des inégalités pupillaires constatées sont dues uniquement à une inégalité d'éclairage.

Nous nous sommes servis pour l'examen du fond de

l'œil, de l'ophtalmoscope à image droite, qui seul, donne en même temps qu'un grossissement suffisant, la possibilité d'examiner dans toutes ses parties la rétine d'un sujet indocile ou inconscient. Les aspects ophtalmoscopiques des fonds d'yeux normaux sont quelquefois si variés, que l'on doit être bien prudent, avant de parler d'anomalie, soit du côté de la pupillle, soit du côté des vaisseaux. Il faut répéter les examens en les espaçant, et surtout, en même temps, examiner un grand nombre de fonds absolument normaux ; nous étions particulièrement bien placés pour le faire. Il ne sera peut-être pas inutile d'ajouter, que nous avons examiné les yeux des aliénés, sans connaître ni le genre de leur maladie, ni l'état de leur champ visuel. Ainsi nous croyons-nous être suffisamment gardés contre toute idée préconçue.

A. PARALYSIE GÉNÉRALE. 1° *Troubles pupillaires.* — Nous avons noté l'irrégularité des pupilles dans plus de la moitié des cas que nous avons observés. Ainsi que le font remarquer MM. Rodiet, Dubos et Pansier, on peut rencontrer ce signe dans bien d'autres affections que dans la paralysie générale, dans le tabès notamment, et dans toutes les psychoses ; mais il n'en est pas moins vrai qu'il n'y a pas d'affection où on puisse le rencontrer aussi fréquemment.

C'est ainsi que nous l'avons noté, dans 62 % des cas de paralysie générale que nous avons observés ; alors que sur l'ensemble des aliénés examinés, nous n'avons noté le symptôme que dans 32 % des cas.

Les formes que peut prendre la pupille sont des plus variées ; elles ont d'ailleurs été trop de fois décrites pour que nous ayons besoin de revenir sur ce point ; nous devons cependant signaler un cas, où la déformation était si prononcée, en ovale si allongé, que nous avions cru nous trouver d'abord en présence d'un staphylome adhérent ; l'éclairage oblique seul nous a permis de reconnaître la vraie nature de cette déformation, qui par la suite d'ailleurs ne s'est pas maintenue. L'inégalité pupillaire, signalée pour la première fois par Baillarger, est généralement considérée comme un des symptômes les plus fréquents de la paralysie générale.

Pour Terrien, elle existerait dans plus de la moitié des cas.

MM. Rodier, Dubos et Pansier estiment que l'on a jusqu'ici attaché trop d'importance à ce signe ; ils font remarquer, avec juste raison que, si l'on considère l'inégalité pupillaire en tant que symptôme isolé ne s'accompagnant pas de troubles des réflexes à la lumière ou à l'accomodation, on ne la rencontre pas plus fréquemment dans la paralysie générale que dans beaucoup d'autres affections, qui n'ont aucun rappport avec elle (psychoses, anémie, goitre exophtalmique, etc.), mais il est certain cependant que cette inégalité pupillaire, qu'elle soit due uniquement, comme cela paraît être probable, à des troubles des réflexes ou à toute autre cause, est un signe plus fréquemment constaté (trois fois plus d'après notre observation 37 % des cas) dans la paralysie générale que dans les autres affections mentales.

Le signe d'Argyll Robertson se rencontre encore plus fréquemment que l'inégalité des pupilles (50 %). Nous l'avons presque toujours rencontré, à la fois sur les deux yeux, généralement franc, c'est-à-dire avec conservation à peu près absolue du réflexe à l'accommodation ; quelquefois la pupille réagissait à l'accommodation, mais lentement et incomplètement.

Il nous a paru que le signe d'Argyll Robertson se rencontre beaucoup plus fréquemment chez les malades présentant déjà un myosis plus ou moins étroit, que chez ceux dont la pupille se trouve en état de mydriase ou de dilatation moyenne. Nous avons d'ailleurs noté ce myosis dans 25 % des cas.

Nous n'avons jamais pu constater ni la réaction paradoxale de la pupille (dilatation sous l'influence de la lumière), ni l'abolition du réflexe consensuel.

2° *Examen du fond de l'œil.* — L'examen ophtalmoscopique de l'œil des paralytiques généraux ne nous a rien révélé qui puisse être attribué en propre à cette affection. Comme tous ceux qui avant nous se sont occupés de la question, nous avons dans certains cas trouvé des vaisseaux flexueux, des veines dilatées ; une fois, au contraire, nous avons trouvé des vaisseaux un peu fins, mais

ces différences de calibre pourraient n'avoir rien d'anormal. Dans un cas, la papille nous a paru uniformément décolorée ; généralement, cette pâleur portait surtout sur le segment externe de la papille ; d'autres fois les bords en étaient flous ; tous symptômes du début de l'atrophie papillaire, fréquemment constatée dans les dernières périodes de la paralysie générale.

Enfin dans un assez grand nombre de cas (15 %), nous avons constaté un liseré blanchâtre de sclérose périvasculaire, portant plus fréquemment sur les artères que sur les veines ; dans quelques cas nous avons vu cette lésion se manifester non plus par un liseré, mais par des plaques blanchâtres plus ou moins confluentes, apparaissant à la surface du vaisseau et le recouvrant en partie. Ce ne sont là très probablement que des lésions d'artérite syphilitique. La vision nous a paru le plus souvent conservée ; dans 50 % des cas, elle était normale ; dans 13 % seulement des cas, elle était inférieure à 1/2.

B. Etats délirants avec hallucinations de la vue. — α) Systématisé avec hallucinations de la vue ; β) d'interprétation avec hallucinations de la vue ; γ) d'intoxication avec hallucinations de la vue.

1° *Pupilles.* — Les troubles pupillaires sont beaucoup moins fréquents que dans la paralysie générale. Les pupilles sont très rarement en état de myosis, plus souvent en mydriase, généralement en état de dilatation moyenne. Nous les avons très rarement trouvées inégales (7 %) ; jamais nous n'avons constaté l'absence d'un des réflexes soit à la lumière, soit à l'accommodation. En revanche la paresse des pupilles à réagir à la lumière ou à l'accommodation, ou à l'un et à l'autre réflexe, nous a paru fréquente. Nous l'avons constatée dans 39 % des cas ; elle se manifestait généralement par la lenteur de la réaction à la fois à la lumière et à l'accommodation ; lorsqu'un seul réflexe était diminué, il s'agissait le plus souvent du réflexe lumineux.

2° *Examen du fond de l'œil.* — Le fond de l'œil des hallucinés présente les mêmes signes que ceux des paralytiques généraux, aussi bien du côté de la papille, qui

paraît tantôt hyperhémiée, tantôt décolorée dans son segment externe, tantôt à bords flous ; que du côté des vaisseaux, fréquemment flexueux, atteints quelquefois de périvasculite. Mais à côté de ces lésions banales, pour ainsi dire, nous avons rencontré deux signes, dont la fréquence semble digne d'être notée chez les hallucinés de la vue.

Le premier est une sorte de halo péripapillaire, constitué par une zone, où la rétine perd sa coloration normale, pour prendre une teinte grisâtre ardoisée. Dans les cas où nous l'avons observé, tantôt ce halo entourait complètement la papille, généralement normale, tantôt il la bordait seulement sur une partie plus ou moins large de la circonférence. Il ne nous a jamais paru s'étendre plus loin que deux ou trois diamètres papillaires.

Nous ne pensons pas du tout que cet aspect ophtalmoscopique soit caractéristique du fond de l'œil de l'halluciné ; nous l'avons trouvé, en effet, chez 6 % des aliénés de toute nature que nous avons examinés, mais nous l'avons rencontré deux foisplus souvent chez l'halluciné.

Bouchut dans son atlas d'ophtalmoscopie et de cérébroscopie de 1876, reproduit, dans la figure 81, l'image du fond de l'œil droit d'une enfant de 9 ans atteinte « d'épilepsie avec démence et hallucinations », qui représente assez exactement l'état que nous décrivons ici.

Bouchut explique cet aspect en supposant qu'il s'agit d'un exsudat rétinien très localisé. Magnan et Galezowski dès 1868, avaient déjà signalé dans la paralysie générale, il est vrai, un œdème péripapillaire qui se présentait sous forme de cercle brûnatre (J. Galezowski, th. de Paris, 1904).

Cet aspect particulier de la rétine ne s'est généralement présenté que d'un seul côté à la fois. Dans presque tous les cas l'acuité visuelle était normale, ou seulement très faiblement diminuée, ce qui ne saurait se concilier avec l'idée d'un œdème d'origine névritique. D'ailleurs, ce signe nous a toujours paru très fugace ; il nous est arrivé de ne pas le retrouver à un deuxième examen, fait à un mois de distance du premier, quelquefois même quelques jours seulement après, sans qu'aucune autre modification se soit produite du côté de la pa-

pille. Enfin, presque toujours, en même temps que lui, nous avons noté le rétrécissement des artères de la rétine. Aussi pourrait-on peut-être expliquer cette teinte grisâtre plus ou moins localisée, non par un œdème, ou un exsudat rétinien, mais par une anémie prononcée de la rétine, due à une circulation artérielle insuffisante, la coloration grisâtre serait, en très petit, l'image du voile qui borde la papille dans les cas d'embolie de l'artère cérébrale.

Nous avons noté le rétrécissement des artères chez 30 % de nos hallucinés, encore n'avons-nous tenu compte, pour arriver à cette proportion, que des cas tout à fait nets. Si dans plusieurs cas le rétrécissement nous a paru fugace, susceptible de se modifier entre deux examens, ne s'accompagnant enfin d'aucune lésion papillaire, dans d'autres cas au contraire, il nous a été donné de constater en même temps que lui des troubles de la papille et de la vision.

Sur 16 malades qui présentaient très nettement ce rétrécissement, 8 présentaient en même temps une décoloration plus ou moins marquée du segment externe, 1 une décoloration totale de la papille ; sur ces 9 malades à papille plus ou moins anormale, 5 avaient une acuité visuelle inférieure à la normale, trois autres, sans lésion papillaire visible, avaient également une acuité visuelle diminuée ; un d'eux était alcoolique. Il reste donc seulement 4 malades, présentant en même temps qu'un rétrécissesement très net des artères, des papilles absolument normales et une vision parfaite.

Ce rétrécissement artériel est-il donc, en même temps que le rétrécissement du champ visuel, une des premières manifestations d'une atrophie du nerf optique au début. Est-ce par cette atrophie commençante, qu'il faut expliquer le rétrécissement du champ visuel ? Ou ce rétrécissement du champ s'explique-t-il seulement par les troubles circulatoires constatés du côté de la rétine ? C'est un point que nous ne traiterons pas ici, nous proposant d'y revenir ultérieurement.

La vision des hallucinés considérés dans leur ensemble était normale dans la moitié des cas ; dans 10 % seulement des cas, nous l'avons trouvée inférieure à 1/2.

C. ETAT AVEC TROUBLES DE L'ACTIVITÉ GÉNÉRALE. α avec dépression (Mélancolie). — 1° *Pupilles.* — Nous n'avons jamais noté l'irrégularité bien nette des pupilles ; en revanche, nous avons trouvé de l'inégalité pupillaire dans un assez grand nombre de cas (24 %).

Jamais nous n'avons constaté de myosis ; les pupilles étaient généralement en état de dilatation moyenne.

Dans aucun cas nous n'avons trouvé les réflexes à la lumière ou à l'accommodation complètement abolis ; en revanche, très fréquemment (44 %), la pupille était paresseuse à la lumière, quoique réagissant normalement à l'accommodation. Plus rarement (12 %), elle réagissait paresseusement, aussi bien à l'accommodation qu'à la lumière.

2° *Examen du fond de l'œil.* — A l'examen ophtalmoscopique, nous avons noté de la décoloration du segment externe, le contour flou de la papille, des vaisseaux flexueux, atteints parfois de périvasculite, quelquefois de rétrécissement artériel, mais la proportion des cas où nous avons constaté ces signes ophtalmoscopiques était la même pour les mélancoliques que pour les aliénés en général.

La vision des mélancoliques a été trouvée normale dans 68 % des cas examinés ; dans 7 % seulement des cas elle était inférieure à 1/2.

Nous avons noté quelques cas de dyschromatopsie ; les couleurs les plus difficilement perçues étaient le bleu, le rouge et le vert.

β. *Avec excitation* (manie et manie dépressive de Krœpelin). — Sur 23 malades examinés, nous n'avons noté qu'un seul cas de myosis. Dans six cas les pupilles étaient irrégulières ; nous n'avons jamais noté d'inégalité pupillaire, ni d'immobilité complète à la lumière, ou à l'accommodation. Le réflexe se faisait lentement ou incomplètement dans 30 % des cas à la lumière, dans 40 % des cas à l'acccommodation, dans 8 % des cas à la fois à l'un et à l'autre.

Le fond de l'œil du maniaque ne nous a paru présenter rien de caractéristique de même que celui du mélancolique ; comme chez ce dernier, nous avons noté la déco-

loration du segment externe et le bord flou de la papille dans un certain nombre de cas. Il nous a paru cependant que le fond de l'œil du maniaque était plus hyperémié, mieux nourri que celui du mélancolique ; nous avons constaté de la congestion de la papille, de la dilatation des vaisseaux généralement flexueux et abondants, jamais de rétrécissement des artères, une seule fois nous avons trouvé de la périvascularite.

L'acuité visuelle était normale dans 50 % des cas ; dans un cas seulement elle était inférieure à 1/2.

D. ETATS DÉMENTIELS CONGENITAUX. — *Imbécillité.* α. *Simple.* β. interprétante et délirante ; γ. avec stupidité.

Les pupilles nous ont paru généralement étroites ; dans 17 % des cas, elles étaient en véritable myosis. Très souvent irrégulières (45 %), plus rarement inégales (12 %), nous les avons trouvées souvent paresseuses à la lumière, plus souvent à l'accommodation, ce qui tient peut-être à ce que, pour obtenir ce réflexe, il faut faire intervenir l'intelligence du sujet observé.

A l'examen ophtalmoscopique on rencontre chez l'imbécile tous les aspects que nous avons déjà signalés pour les autres classes d'aliénés, un seul s'est présenté à nous avec un caractère de fréquence très remarquable, c'est l'état de flexuosité des vaisseaux du fond de l'œil (50 % des cas contre 28 % pour l'ensemble des aliénés).

Nous avons trouvé l'acuité visuelle normale dans 66 % des cas examinés. La dyschromatopsie s'est fréquemment rencontrée (29 %) ; il semble qu'il ne s'agisse pas de dyschromatopsie vraie, de confusion des couleurs ou même des nuances, mais simplement de l'impossibilité, pour l'imbécile, de donner un nom à la couleur qui lui est présentée.

L'œil des aliénés considéré au point de vue de la réfraction. — L'œil des aliénés, pris d'une façon générale, ne nous a paru normal que dans la moitié des cas. L'amétropie de beaucoup la plus fréquente est l'hypermétropie, que nous avons rencontrée faible (égale à une dioptrie) dans 24 % des cas, plus forte (au-dessus de une

dioptrie), dans 11 % des cas. Viennent ensuite la myopie et l'astigmatisme, qui, au contraire de l'hypermétropie, ne semblent pas être plus fréquents chez les aliénés que chez les inidividus nôrmaux.

Résumé. — Pour nous en tenir à l'étude du champ visuel, qui a fait l'objet principal de nos recherches ; et sur les points de cette étude qui nous ont donné les résultats les plus intéressants par leur importance et leur constance, c'est-à-dire les variations d'étendue en rapport avec les variations des troubles hallucinatoires d'une part et les troubles de l'activité générale d'autre part, nous pouvons dégager les faits suivants :

1° *Que chez tous les aliénés les troubles hallucinatoires et les troubles de l'activité générale s'accompagnent de variations dans l'étendue du champ visuel.*

2° *Que ces variations se manifestent de quelques heures à 24 heures au plus avant l'apparition du trouble, l'accompagnent pendant toute sa durée, et disparaissent de quelques heures à 24 heures après la cessation du trouble.*

3° *Que l'importance de ces variations est en rapport avec l'intensité du trouble hallucinatoire ou de l'activité générale.*

4° *Dans l'état hallucinatoire la variation du champ visuel est caractérisée par un rétrécissement constant en haut, très fréquent en haut et en dehors.*

5° *Dans l'état de dépression la variation de l'étendue du champ visuel est caractérisée par un rétrécissement portant constamment en haut quelquefois en haut et en dehors.*

6° *Dans l'état d'excitation, la variation du champ visuel se traduit par un élargissement global.*

Conclusions cliniques. — Il serait évidemment téméraire de chercher à tirer des faits qui précèdent des conclusions cliniques définitives ; et nous n'avons pas la prétention de croire que nos constatations seront d'un appoint considérable pour établir le diagnostic et le pronostic des maladies mentales.

Néanmoins, il nous paraît intéressant de faire remarquer que, chez le plus grand nombre d'aliénés que nous

avons examinés, et en particulier dans des cas d'intermittences irrégulières, où aucun autre signe clinique ne laissait entrevoir une modification prochaine de l'état mental, il nous a été facile de prévoir à l'aide du tracé du champ visuel l'apparition de l'hallucination quelques heures avant, souvent dès la veille ; et de noter dans les mêmes conditions les troubles de l'activité générale qui précèdent, accompagnent et suivent les états d'excitation et de dépression. La répétition d'une variation du champ visuel, en plus ou en moins, pendant plusieurs jours, nous a permis, en outre, d'annoncer le début, ou la disparition d'un accès aigu.

BIBLIOGRAPHIE

AXENFELD (D.)Méthode simple de constater l'hémianopsie.*Neurolog. Centralbl,* XIII, 1894.— ATHANASSIO (ALEX.) (Bucarest). L'œil des mélancoliques. *Archives de neurolog.*, mars 1895. — AUBANEL. (Rapport de la Commission du prix) sur les mémoires présentés et traitant : (De la valeur diagnostique des troubles oculaires aux différentes périodes de la paralysie générale appuyée surtout par des observations personnelles). D'après les *Annales medico-psychologiques,* septembre-octobre 1906.

BLIN. Les manifestations oculaires de la démence précoce. Thèse de Lille, 1904. — BOUCHUT. Atlas de cérébroscopie et d'ophtalmoscopie, 1876. — BRICHE, RAVIART et CAUDRON. Contribution à l'étude de l'état du fond de l'œil dans la paralysie générale (Résultat de l'examen des paralytiques généraux de l'asile de Saint-Venant). *Archives de neurologie,* 1905.— BRUN et MORAX. Troubles de la vision. *In* Traité de pathologie générale, 1904. — BUMKE. Contribution à la connaissance des mouvements de l'iris, *Centralblatt f. Nervenheilk,* XXVI, N, F. XIV, 1903. Nos 162 à 166, XXVII N. F. XV, 1904, No 169.

CAUDRON. Le fond de l'œil chez les paralytiques généraux. Thèse de Lille, 1902. — CESTAN et DUPUY DUTEMPS. Sur le signe pupillaire d'Argyll Robertson. Cong. M. N. et Ali. de Fr. 1902. — COWEN (P. T.) Les symptômes pupillaires chez les aliénés et leur valeur *The Journal of mental science,* juillet 1902.

DE GOUVÉA. Les manifestations oculaires de l'épilepsie. *Annales d'Oculistique,* 1897. — DIDE et ASSICOT. Signes oculaires dans la démence précoce. Tr. ref. pupillaires. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, 1905. — DUPOUY. Hystérie avec hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche. *Arch. Neurol.,* 1905.

FERAY. Séméiologie des hallucinations de la vue dans les psychoses, A N., 1898.

GALEZEWSKI. Thèse de Paris, juin, 1904. — GRASSET. Les centres nerveux, 1905. — GOTTELAND. Contribution à l'étude de l'appareil de la vision chez les dégénérés. Thèse de Paris, 1893.

JOCQS. Valeur séméiologique des troubles pupillaires dans les affections cérébro-spinales. Cong. des M. al et neur., 1905. — JOFFROY. Des signes oculaires de la paralysie générale. *Arch. neurol.*, mai 1904.

A. KERAVAL et DANJEAN. L'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux. *Arch. neur.*, 1904. — KERAVAL et RAVIART. L'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux et ses lésions initiales. Cong. des M. N. et Al., 1902.— KLEIN. *Wien medical Presse*, 1887, N° 3. — KORNFELD et BIKELES. Recherches sur l'état des pupilles chez les paralytiques généraux. *Jahrbuch f. Psychiat.*, XI 3 Contribution à la connaissance des rétrécissements du champ visuel dans la paralysie générale. *Jahrbuch f. psychiat.*, XIII 2. — KŒNIG. De la fatigue du champ visuel et de ses rapports avec le rétrécissement concentrique, des affections du système nerveux central. Société médico-physiologique, séance du 26 juin 1893. — KRAFFT-EBING. *Festschrift Illeman*, Heidelberg, 1892.

LAMY. Hémianopsie avec hallucinations dans la partie abolie du champ de la vision. *Revue neurolog.*, mars 1895. — LEVINSOHN. Contribution à la question de l'immobilité réflexe des pupilles. *Centralbl., f. Nervenheilk.*, XXIII N. F., 1900. MAGNAN. Mémoire de la Société de biologie, 1868. — MARANDON DE MONTYEL. Le réflexe lumineux dans la paralysie générale. *A. N.* juin 1905. — MARTIN (G.). Des rapports de l'œil avec l'épilepsie. *Journ. de méd. de Bordeaux*, N° 13 et 14.— MIGNOT (R.). Etude des troubles pupillaires dans quelques maladies mentales. Thèse de Paris, 1900.

OTTOLENGHI. Le champ visuel des épileptiques (en dehors de l'accès) et des criminels congénitaux (fous moraux). *Centralbl f. Nervenheilk.* N. F. 1er oct. 1890.

PAILHAS. Dépression kératique et états encéphalopathiques graves. *Arch. de neurol.*, 1902. — PECHIN. De la dyschromatopsie chez les hystériques. *Revue neuro.*, nov. 1906. — PICK. Des inégalités pupillaires produites par l'action différente de l'éclairage direct. *Neurol. centralb.*, 1900.

RODIET-DUBOS et PANSIER. Les symptômes oculaires de la paralysie générale, *Arch. de neuro.*, 1906.—RAVIART et CAUDRON. Fréquence et évolution des lésions du fond de l'œil dans la paralysie générale. *Journ. de neur.*, 1904. N° 3. — RESNIKOW. Modification du champ visuel chez les paralytiques généraux. *Obezrénié psychiatrii*, 1900.

SANENIS (DE). Nouvelles recherches et considérations sur le champ visuel des fous moraux *Riv. sp. di fren.*, t. XX, fasc. III-IV. — SIEMERLING. Sur les modifications des réflexes pupillaires dans les maladies mentales. *All. Zeitsch. f. Psychiatrie*, t. LIII.— STEFANI et MORPURGO. Sur le rétrécissement pupillaire chez les aliénés. *Riv. sp. di fren.*, fasc, 2, 1897.

TRUELLE. Un cas de paralysie générale avec hallucinations. A. N., 31 juillet 1899. — WILLIAMSON. Lésions rétiniennes en rapport avec des lésions cérébrales. Thèse Paris 1890.

Les fugues dans les psychoses et les démences;

Par le D[r] Maurice DUCOSTÉ.

Les fugues des hystériques, épileptiques et dégénérés ont suscité de très nombreux travaux. Je les ai étudiés moi-même (1) il y a quelques années, et l'on me permettra de reproduire ici le tableau qui résumait les développements de ce premier travail. Je rappelle que je rejetais dès cette époque, les deux caractères considérés comme constants dans les impulsions épileptiques : l'inconscience et l'amnésie.

Il ne paraît pas qu'il faille rien modifier à ces conclusions déjà vieilles ; elles ont été très solidement établies.

On ne connaît pas une seule étude d'ensemble sur les fugues des aliénés. A lire les auteurs, elles semblent ne pas exister. Cependant on peut en appeler à tous les aliénistes de leur fréquence et de leur intérêt qui s'imposent certainement aux cliniciens les moins avisés. Il est permis de croire qu'une des raisons qui en ont fait dédaigner jusqu'ici l'étude est que les maîtres de l'enseignement neurologique (qui ont tous abondamment parlé des fugues chez les épileptiques, les hystériques et les dégénérés) (2) n'ont rien dit de celles des psychoses. Le

(1) MAURICE DUCOSTÉ. — De l'épilepsie consciente et mnésique et en particulier d'un de ses équivalents psychiques : le suicide impulsif conscient. Th. Bordeaux 1899.

(2) CHARCOT.— Leçons du mardi T. I (1887-88) p. 112 ; T. II (1888-89) p. 303.

PITRES.— Leçons cliniq. sur l'hyst. et l'hypnot. 1891, T. II p. 268.

RAYMOND. — Leçons sur les maladies du système nerveux. — 1re série 1894-95. « Les délires ambulatoires et les fugues » p. 592.

GRASSET — Leçons de clinique médicale. 3e série (1895-98) p. 137.

respect de leurs opinions s'est fortement imposé aux nosographes qui ont suivi, même lorsqu'ils observaient dans les asiles. D'autre part, malgré ses lacunes, la vieille classification des fugues suffisait aux médecins experts, civils ou militaires, qui, fort heureusement, trouvaient dans le vocable « dégénéré » et dans ses vagues synonymes suffisamment d'étiquettes consacrées pour faire admettre aux juges l'irresponsabilité d'un aliéné ou d'un dément. Ainsi le silence des auteurs sur ces phénomènes si intéressants au point de vue social n'a pas eu d'importance pratique.

IMPULSIONS ÉPILEPTIQUES	IMPULSIONS HYSTÉRIQUES	IMPULSIONS NEURASTHÉNIQUES OU DES DÉGÉNÉRÉS
Instantanéité, soudaineté, imprévu du début.	Préparation de l'impulsion somnambulique à l'état de veille.	Obsession angoissante plus ou moins longue à la base de l'impulsion.
Violence des actes impulsifs.	Moins grande violence.	Pas de violence.
Accaparement de la vie psychique par l'idée impulsive.	L'impulsion domine simplement.	L'impulsion laisse au patient une certaine liberté psychique.
Pas d'hypnotisation possible.	Hypnotisation facile et reviviscence complète, dans l'hypnose, des détails de l'impulsion.	Pas d'hypnotisation possible.
Périodicité, identité des attaques.	Attaques, non périodiques, naissant sous l'influence de causes extérieures.	L'impulsion est la réalisation, la satisfaction d'une obsession plus ou moins continue, elle-même précédée de pensée et de lutte angoissante.
Terminaison brusque avec fatigue morale et physique.	Terminaison moins brusque, sans fatigue.	Apaisement progressif à mesure que l'acte s'accomplit.

GARNIER.—L'automatisme somnambulique devant les tribunaux. (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.* 1887.)

DUPONCHEL. — Etude clinique et médico-lég. des impulsions morbides à la déambulation chez des militaires. *Ann. d'hyg. et de méd. lég.* 1888.)

Pour être juste, M. Tissié a parlé des fugues des aliénés dans sa thèse si souvent citée (1). M. Meige, dans un mémoire bien connu (2) s'en rapporte simplement à l'autorité de M. Tissié.

Parfois, dans des monographies diverses, on rencontre quelques exemples de fugues chez des aliénés; il faut avouer qu'on n'en peut retenir aucun. En effet, les auteurs paraissent avoir une conception extrêmement vague de la signification du mot « fugue » qu'ils évitent de définir; il est évident que beaucoup d'entre eux ignorent à peu près tout des formes typiques d'aliénation ; ils ont généralement une tendance fâcheuse à accepter comme réels et bien observés, des faits très anciens, très singuliers dont certains se rapportent à des personnages légendai-

(1) Les citations suivantes donneront une juste idée du travail de M. Tissié : « Nous avons pris, dit l'auteur, pour établir le déterminisme des fugues, cinq types bien définis : les délirants, les hallucinés, les déments, les impulsifs et les captivés. ». Les cinq types de cette classification inattendue sont en effet bien définis par l'auteur, car, par exemple, « les impulsifs qui s'en vont inconscients, ce sont les épileptiques » (p. 6) et « les déments ce sont les imbéciles, idiots, crétins » (p. 36). A la p. 18, on lit: « Après l'observation du paralytique P, qui marchait beaucoup, citons l'observation suivante que M. Billod a classée dans la faiblesse de volonté, le malade ne pouvant se décider à marcher » ce qui constitue, en effet, une espèce de fugue très curieuse.

Comme autres exemples de fugues, nous apprenons que « les dipsomanes s'échappent quand ils sentent venir leur fugue » (p. 22) et que « les claustrophobes s'enfuient éperdus pour ne pas mourir étouffés dans un lieu qu'il sentent se resserrer peu à peu sur eux » (p. 23). « A citer encore les érotomanes qu'on peut classer dans les délirants par instinct de la conservation et qui voyagent pour le satisfaire. » (p. 23).

« La lycanthropie est une cause de fugues » (p. 27). « L'anthropophagie peut être aussi une cause de fugues » (id.), etc., etc... Sans doute, à l'appui de ces allégations, les observations sont rares ou absentes ; mais une d'elles, en revanche, occupe exactement la moitié de l'ouvrage. Elle se rapporte à un malade qui paraît être un hystérique et que M. Tissié définit ainsi: « Albert D... est un héréditaire, faible d'esprit mais intelligent (p. 104) qui part sous l'influence d'une idée fixe qui l'étreint et le captive » (p. 105). (TISSIÉ. Les Aliénés voyageurs. Th. Bordeaux, 1887.)

(2) H. MEIGE. — *Etudes sur certains névropathes voyageurs. Le Juif errant à la Salpêtrière.* Thèse Paris, 1893.

res ou mythologiques ; presque toujours l'existence de fugues est notée sans aucun détail ; l'examen du malade paraît superficiel ; enfin beaucoup d'observations très défectueuses sont admises sans aucune critique et servent de base à des conclusions autoritaires, comme s'il était vrai qu'un fait, sans valeur à son apparition, en acquiert une de plus en plus grande à mesure qu'il est plus souvent reproduit.

En Allemagne, on s'est très peu occupé de l'automatisme ambulatoire. Ce n'est que tout récemment que E. Schultze, Donalt et Heilbronner ont fait sur ce sujet des travaux d'ensemble. Ils répètent d'ailleurs, sans modification sensible, les idées françaises telles que les ont fixées les leçons de Charcot. (1).

La question des fugues des aliénés n'a donc pas, à proprement parler, de bibliographie. Dans mon mémoire sur les *Fugues dans la démence precoce* (2), j'ai donné huit observations et tenté une classification des fugues si intéressantes des déments précoces (3).

J'ai montré dans ce mémoire qu'aucun des caractères invoqués jusqu'ici pour définir les fugues ne semblait valable et j'ai proposé la définition suivante : « La fugue est un accès de vagabondage sans motif » (4). Cette formule, qui paraît applicable à tous les cas de véritables fugues élimine une foule de faits qu'on leur avait assimilés à tort et sépare nettement les malades que nous allons

(1) Le dernier en date de ces travaux allemands est d'Heilbronner: *Ueber Fugues und fugue-ahnliche Zustande.* ((*Jahrb. f. Psych. u. Neurol.* Bd. XXIII 103.) Behr en a donné une analyse in *Centr, f. Nerv. und Psych.* XXVII p. 358 (1904.)

(2) MAURICE DUCOSTÉ. — *Les fugues dans la démence précoce.* (*Encéphale*, décembre 1906.)

(3) M. MAURICE a soutenu en 1900, à Paris, une thèse sur *Les fugues chez les enfants.* MM. Deny et Roy, dans leur volume. *La démence précoce* (Paris 1903), ont rapporté (p. 70-71) une observation de fugue chez un dément précoce, et en note, très succinctement, un fait de M. Joffroy (fugue chez un paralytique général). Je noterai encore une communication de M. Wahl à la Soc. méd. psych. de Paris. (Trois observations de dégénérés migrateurs. (*Ann. méd. psych.*, XVII, 1903 p. 425 et sq.) où il apparait nettement que MM. Thivet et Ballet ont vu des exemples de ces fugues que font presque tous les circulaires à leur période d'excitation.

(4) Il convient ici de faire une distinction entre le « but » et le « motif ». Si tous nos malades partent et vagabondent sans motif,

étudier des vagabonds d'habitude avec lesquels on les a maintes fois confondus (1).

Or, la distinction s'impose d'autant plus que les vagabonds sont en grande majorité des malades et qu'on peut les rattacher individuellement à des types cliniques connus. Charcot qui avait remarqué que l'hystéro-neurasthénie est « chose vraiment fréquente » chez les vagabonds, se demandait « si le vagabondage conduit à l'hystéro-neurasthénie ou si celle-ci, inversement conduit au vagabondage. » (2). Cette question « délicate » comme le disait Charcot, a été abordée en de très nombreuses publications. L'étude de Wilmanns est particulièrement suggestive (3). Sur 127 vagabonds, presque tous des hommes, examinés par ce clinicien, cinq seulement parurent normaux. Parmi les autres étaient particulièrement nombreux : les imbéciles, les hystériques, les épileptiques, les déments précoces. Ceux-ci forment à peu près la moitié des vagabonds. Il serait très intéressant de savoir si les vagabonds se recrutent parmi les malades qui ont fait des fugues plus ou moins longues ; assurément la fugue est parfois l'apprentissage du vagabon-

il n'y a que les déments qui ne fixent pas de but à leurs voyages. L'absence de but caractérise les fugues démentielles, j'entends la démence profonde (Blodsinn) et non l'affaiblissement intellectuel léger (Schwachsinn). Les épileptiques eux-mêmes ne partent pas sans savoir où ils vont. Pour citer l'exemple si connu rapporté par Legrand du Saulle, l'épileptique qui, parti du Havre, se retrouva sur un bateau en vue de Bombay, sans savoir comment il y était venu, avait évidemment, en état second, voulu gagner les Indes et vécu sur le paquebot, de la vie des autres passagers.

(1) Certains auteurs emploient pour désigner les fugues les mots : Automatisme ambulatoire (Charcot, Grasset et leurs élèves), vagabondage impulsif (Pitres), déterminisme impulsif (Duponchel), délire ambulatoire (Raymond), dromomanie (Régis), déambulation pathologique (divers), etc... Tous ces mots ne s'appliquent qu'à tel ou tel groupe de cas. Le mot « fugue » plus court d'ailleurs, et ne préjugeant rien, est seul suffisamment compréhensif.

(2) Charcot. — Cité par H. Meige *in* Thèse.

(3) K. Wilmanns. — *Les psychoses des vagabonds*. (*Centr. f. Nerv.* XXV. N. F. XIII. 1902). Analysé par P. Kéraval. *Arch. Neurologie* XVIII, 1904. p. 407. C'est grâce à l'amabilité de M. le Dr Keraval, dont l'érudition et la connaissance des langues étrangères m'ont été infiniment précieuses, que j'ai pu consulter les travaux allemands, russes, etc., approchant plus ou moins du sujet que je traite. Je l'en remercie très vivement.

dage ; mais il ne faudrait pas poser en principe qu'abandonnés à eux-mêmes tous ces malades deviennent nécessairement des vagabonds, Heilbronner paraît être de cet avis : d'après lui, les fugues se produisent chez des instables sous des excitations relativement minimes. Peu à peu ces excitations deviennent de plus en plus insignifiantes et il en résulte « un état habituel de fugues morbides », autrement dit de vagabondage; il est à craindre que cette explication soit tout hypothétique.

Meige, dans sa thèse sur le *Juif Errant* a abordé la question du vagabondage de race. Les opinions sur ce point sont diverses. Pour les uns la race errante serait la Sémite, pour les autres « l'Allemande » (1). Au demeurant, les Juifs, observés par M. Meige à la Salpêtrière étaient des hystéro-neurasthéniques. Quoi qu'il en soit, les fugues que nous étudions ici se distinguent nettement du vagabondage par leur caractère accidentel et transitoire.

Les observations qui suivent se rapportent à des malades atteints d'alcoolisme ou de diverses psychoses. Tous, sauf ceux des observations I et IV ont été suivis à la Maison de Santé de Ville-Evrard (2). Il est très possible qu'on puisse observer des fugues dans d'autres psychoses.

Les fugues alcooliques sont incontestablement mieux connues que les fugues des aliénés. Il faut remarquer que les hallucinations jouent dans le déterminisme de ces fugues un rôle moins important qu'on ne l'admet. Beaucoup de praticiens sont persuadés que, dans leurs fugues, les alcooliques fuient toujours leurs visions terrifiantes. Il en est ainsi dans un certain nombre de cas ; malgré les apparences, ils sont assez rares, et d'ailleurs, d'après notre définition, ces actes de défense des alcoo-

(1) Ch. Schœbel. — (La légende du *Juif errant*. Paris 1877) cité par H. Meige, *loc. cit.* p. 45, 46, 47.

(2) Comme pour mon mémoire sur *les Fugues dans la démence précoce*, ces observations proviennent du service de M. le Dr Sérieux, médecin en chef de la Maison de Santé de Ville-Evrard. C'est grâce aux observations de cet excellent Maître et à ses conseils précieux que ce travail a pu être mené à bonne fin. Je suis heureux de pouvoir lui témoigner ici toute ma reconnaissance.

liques ne sont pas des fugues. Les fugues alcooliques sont plutôt fonction de ce besoin d'activité, de mouvement, indépendant de tout processus hallucinatoire que l'alcool développe tout d'abord, et facilement chez beaucoup d'individus, même lorsqu'il est pris à dose très faible. Ces fugues sont généralement courtes, conscientes, mnésiques, et leur origine toxique est facile à reconnaître.

Si l'intoxication est plus profonde on peut observer une autre espèce de fugue qui revêt les allures des fugues épileptiques ou hystériques. L'alcool, en effet, développe fréquemment des états de conscience tout à fait semblables à ceux des épileptiques et des hystériques et en ce sens on peut, en dehors de tout phénomène convulsif. parler, par analogie, d'épilepsie ou d'hystérie alcooliques (Francotte). La connaissance des excès alcooliques du sujet et l'anamnèse sont, dans ces cas, fort utiles et souvent même nécessaires au diagnostic différentiel. Je retrouve dans des notes anciennes l'histoire d'un alcoolique invétéré entré à l'Asile de Cadillac au mois de septembre 1897 et qui avait fait, plusieurs mois avant son internement une fugue dont l'allure comitiale pouvait faire croire à l'existence de l'épilepsie larvée.

Observation I. — X. 37 ans, entre à l'asile pour « folie alcoolique », manie alcoolique héréditaire ». C'est son troisième internement. Son père serait alcoolique. A son entrée, le malade est agité, violent, parle avec abondance sur un ton déclamatoire. Cet état maniaque cède au bout de quelques jours. Il présente les stigmates ordinaires de l'alcoolisme (Zoopsie, terreurs nocturnes, crampes, tremblements, pituites.)

Il y a six à sept mois, à la suite de libations abondantes, il est parti de Bordeaux et s'est retrouvé onze jours après son départ dans les environs de Limoges. Ce qui s'était passé pendant ces onze jours, ce qu'il avait fait fait et la façon dont il s'était rendu à Limoges, il n'en savait absolument rien. Tout souvenir s'était effacé de ces quelques jours.

Ce malade ne présente aucun stigmate d'hystérie ou d'épilepsie ; on ne relève dans ses antécédents aucune crise convulsive, aucun vertige, aucune absence qui puissent faire croire au mal comitial. On est forcé de conclure à une fugue accomplie en un véritable état second développé sous l'influence de l'alcool.

Dans l'hypnose provoquée, le souvenir peut être rappelé, on le sait, d'actes accomplis par les alcooliques en

état d'ivresse et complètement oubliés dans l'état normal. On trouvera dans une communication de Dobrotworsky (1), une observation assez semblable à celle de notre alcoolique.

Ces deux variétés de fugues alcooliques, celles qui sont dues au besoin de mouvement des premières périodes de l'ivresse et celles qui sont exécutées en état second appellent deux remarques intéressantes.

On rapporte à l'alcoolisme des troubles intellectuels ou des réactions, motrices ou morales, qui reconnaissent souvent une tout autre influence. C'est ainsi que les phases maniaques de la folie intermittente peuvent être mises sur le compte d'excès de boissons. Ils n'en constituent qu'un symptôme. Fugues, dypsomanie, excès sexuels, apparaissent généralement ensemble au début de la manie ; beaucoup de ces cas sont catalogués à tort « alcoolisme ». Il semble qu'en de tels diagnostics, le médecin se laisse influencer trop facilement par les opinions du malade et de son entourage : le sujet, dit-on, a cherché dans l'alcool un remède à la dépression, une consolation à la tristesse qui précèdent si souvent, toujours peut-être, les épisodes maniaques, et l'intoxication alcoolique fait éclater l'agitation.

Interprétation d'une psychologie simpliste ; il convient de ne pas trop s'y attacher et précisément en ce qui concerne les fugues. Je veux placer ici l'observation d'un malade pris pour un alcoolique par lui-même, par sa femme et par ses médecins, alors qu'il rentre sans efforts dans le cadre de la folie intermittente.

OBSERVATION II. — X. 37 ans, entre à la Maison de Santé de Ville-Evrard au mois de mars 1906, avec le diagnostic d'« alcoolisme subaigü avec impulsion à la déambulation. Plusieurs fugues sans motifs mais conscientes et sans obsessions ». Père mort à 50 ans de diabète ; mère morte à 60 ans d'affection cardiaque. Un frère, une sœur bien portants. Pas de tares nerveuses ou mentales dans la famille.

Antécédents personnels.— A 20 ans, fièvre typhoïde grave. A 26

(1) S. DOBROTWORSKY. — *Cas d'automatisme ambulatoire extrêmement prolongé.* (*Obozrénié psichiatrii* IV. 1899). Analysée par P. Keraval in *Arch. Neur.* 2e s. XII, 1901, p. 130.

ans maladie infectieuse indéterminée avec fièvre intense et érythème aux jambes et aux fesses. Pas de syphilis. Pas d'accidents convulsifs. A toujours été d'humeur très changeante. Par moments était découragé, avait « des idées tristes à pleurer ». à d'autres moments était exubérant, courtisait les femmes, buvait.

Fugues. — La première date de 1896 (il avait 27 ans) ; étant acteur dans un théâtre ambulant, il partit, sans avoir rien prémédité, à midi, avant la représentation où il devait jouer ; il avait fait des excès alcooliques depuis quelques jours ; il revient quelques heures plus tard. Depuis, il a fait d'autres fugues sans grande importance jusqu'en octobre 1905. « La maladie, écrit la famille, consiste en l'idée de voyage, il se sauve à tout moment. » Mais « depuis octobre 1905 l'idée de voyage l'a repris de plus fort et il est parti environ 4 à 5 fois à Marseille, Bordeaux, Rouen, Tours. » Au mois d'août 1905, son caractère change ; il devient irritable, commet des actes extravagants qu'il explique mal, il est « faible moralement et physiquement », il néglige ses occupations professionnelles, fréquente les cafés, fait des excès sexuels.

En octobre 1905 il quitte brusquement sans aucun motif la maison où il est comptable depuis un an et demi, et part pour Bordeaux ; arrivé à Orléans, il se dit : « Pourquoi vais-je à Bordeaux ? C'est idiot ! » Il se fait rembourser son billet et rentre à Paris.

En janvier 1906, autre fugue semblable à Marseille. Deux heures après son arrivée, il reprend le train pour Paris. Dès le lendemain il repart pour Bordeaux, y couche et revient à Paris par le premier train du matin.

Ces fugues sont entièrement conscientes et mnésiques ; bien qu'il dise lui-même qu'elles ne sont pas motivées, le malade ne s'embarque pas sans argent, il prend un billet, mange au buffet ou au wagon-restaurant ; il est cependant surexcité, agité, ne peut supporter aucun contre-temps. Simultanément, il fait des excès alcooliques et sexuels. Il dit boire « pour se remonter » et a remarqué « que ses fugues suivent les excès de boisson. »

Pas de stigmates hystériques, ni de crises convulsives, ni d'absences. Pas de cauchemars, pas d'hallucinations terrifiantes, pas de symptômes objectifs d'alcoolisme.

Tremblement des mains, de la langue (?)

A son entrée à la Maison de santé, il est légèrement déprimé ; il écrit lui-même le jour de son admission : « Je suis malade moralement ; je manque de forces, faiblesse extrême. Etourdissements, crampes. La nuit manque de sommeil ; l'énergie me fait absolument défaut. » En peu de jours, il redevient gai « sent sa mémoire et son énergie revenir. » Il conserve un peu de tremble-

ment des mains. Il attribue sa maladie à l'alcoolisme. Il peut être rendu à la liberté un mois après son entrée.

Voici donc un malade jugé alcoolique. Les fugues sont, on le voit, absolument différentes des deux espèces précédentes qui, elles, reconnaissent une origine alcoolique : si l'on avait connu la symptomatologie de ces fugues, l'erreur de diagnostic n'eût pas sans doute été commise. X. est réellement un circulaire. Il a depuis longtemps des accès de manie et de mélancolie qui, depuis quelque temps sont devenus très manifestes ; ces accès sont parfois très courts : dans la même journée le malade peut passer successivement de l'agitation à l'abattement ou à l'état normal. Il part pour Bordeaux, par exemple, et soudainement en rémission, il a la conscience nette du cachet maladif de son acte, il s'arrête à Orléans, non sans s'être fait rembourser son billet, et revient à Paris.

Comme tous les malades guéris, il avoue que ces fugues ne sont pas motivées, mais comme la grande majorité des malades conscients, il interprète ses actes : « Il boit parce qu'il est déprimé, il court après les femmes et fait des fugues parce qu'il a bu. » Explication banale et sans valeur : en réalité, il fait des fugues, il commet des excès sexuels et alcooliques dans les phases maniaques, il est découragé, déprimé « triste à pleurer » dans les phases mélancoliques de sa psychose.

L'autre remarque que je désire faire à propos des fugues alcooliques se rapporte à ces besoins de mouvement périodiques, sans raison plausible, tout à fait semblables à ceux de l'ivresse légère que présentent certains individus d'apparence normale. P. Janet en a observé quelques exemples (1).

Il y voit des « crises de marche pour la marche » chez des psychasthéniques ; il les classe parmi les « processus obsédants » de Thomsen (2) (Zwangsvorgänge) par opposition aux « idées obsidantes » (Zwangsvorstellungen). Ces « agités » ont des crises plus ou moins durables dans

(1) P. Janet. *Les obsessions de la psychasthénie*, I. p. 176.
(2) Thomsen. *Contrib. à l'étude clin. des idées obsédantes.* (*Arch. Psych.* XXVII. 1895,) cité par Janet.

lesquelles ils marchent, parlent et boivent avec excès. Certains tentent quelques maladroites explications de leur conduite. Il n'est pas douteux que la fréquence de l'alcoolisme et les préjugés populaires ne facilitent souvent à leur sujet des diagnostics erronés. Peut-être s'agit-il ici parfois de circulaires frustes. Des « crises de marche » similaires se rencontrent encore souvent au début de la démence précoce. J'en ai cité deux observations dans mon mémoire précité et j'ai donné à ces phénomènes le nom de « fugues d'instabilité ».

En résumé, en ce qui concerne l'alcoolisme, on y observe deux espèces de fugues : les « fugues d'instabilité » du début de l'ivresse, et les fugues de l'état second alcoolique. Plutôt que sur les constatations de quelques excès alcooliques — chose banale — on basera le diagnostic sur les caractères même de la fugue. On songera, pour établir le diagnostic différentiel des premières, aux états maniaques des circulaires, frustes ou non, aux « fugues d'instabilité » (d'origine parfois indéterminée), et pour les secondes, on les distinguera, par l'anamnèse, les concomitances (crises convulsives, stigmates), des fugues hystériques (diagnostic généralement facile) et épileptiques (diagnostic souvent délicat). (*A suivre.*)

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

I. — **L'action de quelques bactéries anaérobies principalement par symbiose avec des bactéries aérobies ainsi que de leurs toxines, sur les nerfs périphériques, les ganglions spinaux et la moelle épinière**, par le Professeur A. Homen. (*Arbeiten aus dem pathologischem Institut der Universitæt Helsingfors*, 1905.)

Le professeur Homen traite dans ce travail du bacillus botulinus ou bacille du botulisme. Les principaux résultats obtenus par l'auteur peuvent se résumer comme suit : le bacillus botulinus injecté seul disparaît très vite ; qu'on injecte le bacille ou le liquide de culture filtré, les altérations produites sont les mêmes ; l'injection dans les nerfs ne provoque pas d'altérations des cel-

lules de la moelle ; l'injection dans la moelle s'accompagne au contraire de chromatolyse cellulaire, par action toxique probable. Mais l'auteur s'est principalement attaché à étudier au sujet du bacillus botulinus les faits d'association microbienne. De nombreuses et minutieuses expériences ont été faites principalement sur des lapins, afin de déterminer les conditions dans lesquelles s'exerce l'action d'autres microbes. Homen a ainsi recherché les effets de la symbiose avec le streptococus, le bacillus prodigiosus, et le micrococcus, flavus liquefaciens (Flüger), et le micrococcus roseus (Eisenberg). C'est l'association avec le streptococcus la plus intéressante et celle dont l'influence est la plus marquée : le botulinus se propage avec lui le long des gaines lymphatiques. L'auteur conclut : les recherches précédentes établissent ce fait important pour la pathologie humaine qu'un saprophyte complètement anaérobie mais fortement toxigène continue à vivre et à se multiplier en symbiose avec certaines bactéries aérobies, au moins aussi longtemps qu'il peut exercer des propriétés toxiques spécifiques. L'auteur va poursuivre ses recherches avec d'autres bactéries anaérobies. Les planches jointes au travail, et qui représentent à des grossissements divers les coupes des nerfs étudiés, sont particulièrement démonstratives. Th. SIMON.

Nous croyons devoir signaler dans le même volume les mémoires suivants :

Drei Falle von Kaudaaffectionen nebst Beitragen zur topographischen Analyse der Hinter strangerkrankungen. Von Dozent Dr Chr. Sibelius Taf. III. IV.

Studien zur Poliomyelitis acuta-zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Myelitis acuta, von Ivar Wickmann. (Taf.V.XII.

Zur Kenntnis der sog. Dactylitis syphilitica, von Prof. Dr J. J. Karvonen. (Taf. XIII. XIX).

Zur Kenntnis der durch den Aspergillus fumigatus in den Lungen hervorgerufenen Veranderungen, von Dozent Dr O. v. Hellens, (Taf. XV. XVI.)

Die Einwirkung einiger Bakterien und ihrer Toxine auf den Heizmuskel, Von Dr Max Bjorksten.

Ein Fall vom bitemporaler Hemianopsie mik Sektionsbefund. Von D. J. Silfvast.

Seltene Sektionsfalle, von Prof. Dr E. A. Homen.

II. — **La science et une vie future** ; par William GRAHAM. Janvier 1905.)

Travail intéressant mais encore plus métaphysique que scientifique. R. M. C.

III. — **Sur la continuité des cellules nerveuses et sur quelques autres sujets connexes**; par John TURNER (*The Journal of Mental Science*, avril 1905.)

L'auteur après avoir résumé l'opinion de Bethe rapporte ses observations personnelles faites avec la méthode pseudo-vitale. Il incline à croire qu'on s'apercevra que le réseau péri-cellulaire en chapelet est le grand moyen par lequel s'établit une connexion entre les différentes cellules du système nerveux central ; et bien qu'il soit aisé de construire un schema de l'écorce cérébrale qui réconcilie les faits observés par Cajal avec sa méthode et ceux que l'auteur a constatés par la sienne propre, il y a encore tant de points qui ne sont pas éclaircis qu'il ne voit aucun avantage à proposer une théorie que des faits nouveaux pourraient renverser demain. D'ailleurs, avant qu'un schéma de ce genre puisse aspirer à quelque durée, il faudrait qu'il comprît aussi les rapports des cellules cérébelleuses que nous ignorons encore à peu près complètement. Sa méthode d'ailleurs lui a montré une foule de détails qu'il est, pour le moment incapable d'interpréter. Mais le point qui lui paraît bien établi, c'est que cette méthode montre une continuité réelle entre les différentes cellules corticales ; car non seulement les cellules intercalaires sont réunies par leurs prolongements. mais du réseau péri-cellulaire en chapelet partant des fibres qui passent directement dans les axones des cellules pyramidales.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

IV. — **Psychologie d'une forme particulière d'intoxication pathologique** ; par le professeur A. PICK (de Prague). (*The Journal of Mental Science*, janvier 1905.)

Remarques intéressantes, basées sur des observations, sur les formes et les causes des délires toxémiques. R. M. C.

V. — **La dépression mentale et la mélancolie considérées dans leurs rapports avec l'auto-intoxication et au point de vue spécial de la présence de l'indoxyl dans l'urine et de sa valeur clinique** ; par Arthur A. D. TOWNSEND. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1905.)

Voici les déductions de l'auteur : 1° dans les états de dépression l'excrétion de l'indoxyl est en excès ; 2° les malades qui excrètent de l'indoxyl en excès présentent des symptômes et des signes de toxémie ; 3° dans les cas d'exaltation mentale l'indoxyl est rarement augmenté ; son taux est normal ou inférieur au taux normal ; 4° dans quelques cas de troubles mentaux, l'indoxyl est en excès aussi bien pendant la phase maniaque que pendant la phase mélancolique; 5° plus l'atteinte mentale est grave plus l'indoxyl est en excès ; 6° plus l'excès d'indoxyl est considérable, plus

les symptômes et les signes de toxémie sont accusés ; ; 5° dans les cas rapportés par l'auteur, la guérison mentale a été précédée par le retour à l'état normal du taux de l'indoxyl.

Il n'est pas douteux que les sujets atteints de mélancolie souffrent plus ou moins de l'absorption de toxines, lesquelles sont le résultat de putréfactions anormales dans le tube intestinal, et il est reconnu que l'excès d'indoxyl dans l'urine est le signe indéniable de processus morbides de putréfactions ayant leur siège dans la partie supérieure de l'intestin. C'est ce qui se passe dans la mélancolie aigue : il reste à rechercher si ces processus de putréfaction sont primitifs et ont une valeur causale, ou bien s'ils sont secondaires et présentent le caractère d'une complication.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

VI. — **Relevé quantitatif et qualitatif des leucocytes dans différentes formes de maladies mentales**; par A. S. M. PEEBLES. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1904.)

Recherches intéressantes et variées, mais qui nécessiteraient la reproduction intégrale des chiffres qu'elles ont fournis pour conserver leur intérêt. R. M. C.

VII. — **Etudes histologiques sur la localisation de la fonction cérébrale**; par Alfred W. CAMPBELL. (*The Journal of Mental Science*, Octobre 1904.)

Travail intéressant accompagné de planches qu'il faudrait reproduire pour la bonne intelligence du texte R. M. C

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

I. — **Un cas de pseudo-angine de poitrine chez un épileptique**, par, H. ROWE JEREMY. (*The Journal of mental Science*, janvier 1905.)

Il s'agit bien ici d'un cas de fausse angine de poitrine, c'est-à-dire d'angine de poitrine vaso-motrice, survenu chez une épileptique de 39 ans. Eulenburg qui a été un des premiers à ranger les troubles du système nerveux vaso-moteur parmi les variétés de névroses cardiaques capables de provoquer l'angine de poitrine avait déjà noté que cette angine se rencontre dans les familles entachées de folie ou d'épilepsie. Survenant chez un sujet atteint d'épilepsie, ce fait est intéressant, car il suggère l'idée que l'attaque d'angine de poitrine pourrait être due à une perturbation des cellules du centre vaso-moteur de la moelle allongée, semblable à la

perturbation des cellules cérébrales corticales qui donne naissance à l'attaque d'épilepsie. R. DE MUSGRAVE CLAY.

II. — **Anévrysme cérébral de dimensions remarquables avec remarques sur l'observation**; par D. RICE (*Th Journal of Mental Science*, avril 1904.)

Il s'agit d'une femme de 65 ans, morte à l'asile après une période de faiblesse et d'agitation. Il y avait atrophie du cerveau dans les deux régions pariétales. Un anévrysme de la cérébrale antérieure droite comprime et déprime la circonvolution orbitaire droite qui est aplatie; postérieurement, il comprime et aplatit le chiasma et le nerf optique droit qui ont l'aspect d'une gelée verdâtre : le nerf optique gauche est intact ; l'anévrysme est rempli, sauf tout à fait à son extrémité où la sonde passe de la carotide interne dans la cérébrale antérieure.

Le caillot mesure 3 cent. 4 dans le sens antéro-postérieur, 3 cent. 2 dans le sens vertical et 2 cent. 9 dans le sens tranversal. Il pèse 20 gr. 33 — Ces dimensions et ce poids sont exceptionnels. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

III. — **Syphilis cérébrale avec ophthalmoplégie double**; par ACHARD. (*Bulletin médical*, n° 28, 1906.)

Leçon clinique de l'hôpital Tenon. Un sujet présente de la paralysie bilatérale des releveurs des paupières, du droit interne et, à un degré moindre, des droits supérieur et inférieur, du petit oblique et du grand oblique mais qui respectait le droit externe et la musculature interne de l'œil : muscle du corps ciliaire et muscle irien. C'était évidemment une lésion d'origine centrale qui attaquait certains noyaux d'origine du moteur oculaire commun, en respectait d'autres, et atteignait anssi le noyau du nerf pathétique. Le début avait été brusque. La malade avait eu autrefois une iritis double traitée par le mercure : on constata de l'albumine. Malgré cela Achard institua un traitement hydargyrique très intense qui amena une guérison des phénomènes oculaires, mais laissa intactes l'albuminurie et les lésions hépatiques. L. WAHL.

V. — **La neurasthénie chez les ouvriers** ; par le Dr GLORIEUX. (*Bull. de la Soc. de méd. mentale* de Belgique, 1905, n° 124.)

Sur 9.981 malades, atteints d'affections nerveuses l'auteur a relevé 1671 cas de neurasthénie, dont 803 chez l'homme et 868 chez la femme. Il a constaté en outre la fréquence particulière de la neurasthénie chez les ménagères (306 fois) et chez les tailleuses, modistes, ou lingères (189). Chez l'homme, les employés de bureau arrivent en tête avec le chiffre de 113, puis ce sont les

menuisiers ébénistes (57 cas), les cordonniers (39 cas), les peintres (28) et les typographes (21).

D'après cette statistique, la moyenne des cas de neurasthénie chez l'ouvrier est de 17,5 °/° chez l'homme et de 16 °/° chez la femme. Un autre fait qui se dégage de cette statistique c'est que la neurasthénie frappe tout spécialemement les ouvriers et les ouvrières qui travaillent en chambre, dans des bureaux fermés, mal ventilés ou insuffisamment aérés, etc., que, par contre, elle est très rare chez l'ouvrier, soumis à un travail même intensif, lorsque ce travail est effectué à l'air libre. G. DENY.

V. — **Un cas de glossoplégie unilatérale isolée due probablement à l'intoxication par l'oxyde de carbone** ; par RIVA. (*Rivista sperimentale di Freniatria.* Reggio Emilia ,1905 Vol. XXXI. fasc. II.)

Un malade, toujours bien portant jusque-là, et n'ayant aucune tare héréditaire, présenta une glossoplégie gauche unilatérale à la suite de céphalée par intoxication légère par le coke. On observe une atrophie totale de la moitié gauche de la langue, avec mouvements irréguliers de celle-ci. La surface est rugueuse, les mouvements sont impossibles du côté gauche. L'atrophie est nettement limitée à la ligne médiane, s'étendant à toute la moitié gauche, mais cependant moins prononcée à la région postérieure.

La parole est gênée, surtout la prononciation des lettres l, r, s, t.

La corde vocale du même côté est parfaitement normale et fonctionne régulièrement. Il y a une notable diminution de l'excitabilité électrique des muscles au courant faradique du côté gauche et sur le territoire de l'hypoglosse du même côté.

J. S.

VI. — **Observation d'une forme rare de pseudoesthésie** ; par le Dr MATTIROLO (*Journal. de Neurologie* 1906, n° 15.)

Après avoir retracé en quelques mots les caractères généraux des pseudo-esthésies, l'auteur relate l'observation d'un sujet chez lequel, depuis l'enfance, certaines paroles éveillent des sensations gustatives correspondant à la saveur de certains fruits ou de certains mets, ou même d'objets non comestibles. Ces sensations gustatives restent presque toujours à l'état de simple représentation mentale, quelquefois cependant elles sont assez fortes pour produire une augmentation de la sécrétion salivaire. En outre, lorsque ce sujet mange un aliment qui lui plaît, il prononce toujours automatiquement et mentalement la parole ou le mot qui ont la propriété d'éveiller la saveur de cet aliment.

D'après M. Mattirolo, le phénomène de la pseudo-esthésie qui vient d'être décrit, et qui est l'analogue de celui plus fréquent

de l'audition colorée, serait dû soit à une association fortuite d'idées datant de la jeunesse et développée d'une manière inconsciente, soit à un processus psychique spécial dont la nature intime nous échappe et qui aurait une certaine analogie avec celui qui préside au développement des hallucinations. G. DENY.

VII. — **Un cas de tumeur du lobe temporal**; par le Dr DEROITTE. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1906, n° 125.)

L'observation qui fait l'objet de ce travail est celle d'un hypochondriaque, à l'autopsie duquel on trouva, outre quelques tubercules disséminés dans le poumon gauche, une tumeur carcinomateuse du mésocôlon ascendant avec métasase au niveau du lobe temporal gauche. Cette tumeur secondaire avait détruit la temporale supérieure, sauf le gyrus supra-marginalis, la partie antérieure de la temporale moyenne et de la temporale inférieure, la moitié antérieure de l'occipito-temporale externe, la circonvolution de l'hippocampe, les circonvoluions de l'insula et l'avant-mur.

La particularité intéressante sur laquelle insiste l'auteur est que bien qu'il fût droitier, le malade n'avait présenté à aucun moment de surdité verbale : il comprenait le langage oral, ses réponses étaient justes et son vocabulaire intact. G. DENY.

VIII. — **Amaurose permanente soudaine avec atrophie optique et épilepsie dans un cas de porencéphalie avec pachyméningite hémorragique**; par T. K. MONRO et JOHN FINDLAY. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1904.)

Il n'est pas facile dans ce cas dont l'auteur publie l'observation clinique d'expliquer la perte soudaine et bilatérale de la vision.

Le docteur Findlay qui a fait l'examen histologique pense que la porencéphalie a pris naissance dans un gliome devenu le siège d'une hémorhagie. Si cette interprétation est exacte, et bien qu'elle ne soit pas entièrement satisfaisante, l'auteur n'en a pas de meilleure à proposer, il y a lieu de noter plusieurs points intéressants : d'abord il est curieux qu'une tumeur de ce volume, donnant lieu comme elle l'a fait à de la névrite optique, n'ait provoqué aucun autre symptôme (céphalalgie, parésie par exemple); ensuite si, dans ces conditions, l'hémorhagie joue un rôle dans l'amaurose soudaine, il est singulier qu'elle non plus n'ait pas provoqué d'autres symptômes; enfin ce cas est intéressant et encourageant en tant que démontrant la possibilité d'un arrêt dans le développement d'une tumeur intracrânienne non syphilitique, fait d'ailleurs déjà observé par l'auteur dans les tumeurs tuberculeuses et les myxomes. Il semble donc que cette malade à l'âge de 33 ans, ait eu une névrite optique dépendant d'une tumeur intra-cranienne ne donnant lieu à aucun symptôme.

Un facteur inconnu — peut-être l'hémorrhagie survenue dans la tumeur, — a subitement aggravé la névrite et causé la perte soudaine de la vision. R. DE MUSGRAVE CLAY.

IX. — **Sur la coexistence des lésions syphilitiques tertiaires avec le tabes**; par MOULOT (*Bulletin médical*, n° 14, 1906.)

C'est une coïncidence rare que celle des lésions syphilitiques tertiaires avec le tabes. Lorsqu'elle existe, le tabes ne se distingue en rien du tabes vulgaire si ce n'est que la période ataxiqe paraît assez précoce. Les accidents spécifiques n'ont rien de particulier dans leur évolution : ils sont parfois très tardifs : ils ne permettent nullement d'apprécier la virulence particulière dans ces cas, mais ils montrent d'une façon certaine l'action étiologique de la syphilis dans les cas où cette infection a été ignorée. Le traitement de l'accident tertiaire a peut-être une action efficace sur le tabes incipiens, il n'en a aucune sur le tabes confirmé,

L. WHAL.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. — **Sur un cas dans lequel le traitement par l'extrait thyroïdien a donné à diverses reprises des résultats temporaires**; par NORAH KEMP. (*The Journal of Mental Science*, Janvier 1904)

Observation intéressante d'un cas de manie aiguë, datant de 9 ans, chez une femme de 25 ans, et s'accompagnant d'une extrême agitation. Non pas une seule fois, mais à diverses reprises, l'extrait thyroïdien a amené chez cette malade un calme complet, qui malheureusement, disparaissait promptement avec la cessation du médicament. Malheureusement aussi, on ne pouvait en continuer l'emploi de manière à obtenir une sédation permanente ou tout du moins durable, car les symptômes physiologiques (adynamie et asthénie cardiaque) ne tardaient pas à se manisfester.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

II. — **Un cas d'épilepsie : cessation des attaques sous l'influence de la Salicine**; par W. T. VINCENT. (*The Journal of Mental Science*, avril 1904.)

Le titre de ce travail peut lui servir de résumé. R.M.C.

III. — **Les rapports des symptômes mentaux avec les maladies somatiques, considérés principalement au point de vue de leur traitement hors des asiles d'aliénés**; par Nathan RAW. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1904.)

Une longue observation des aliénés (2.500 certificats d'inter-

nement) a conduit l'auteur à la conviction très nette que beaucoup de personnes sont internées dans des asiles alors qu'elles présentent simplement une folie passagère consécutive ou associée à une maladie somatique ou à une intoxication : ces malades ne sont pas réellement fous et ne doivent pas être mêlés aux aliénés : ils guérissent très vite au moyen d'un traitement approprié et il serait avantageux pour eux, pour leur famille et pour la société de les soigner dans des hôpitaux spéciaux.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

IV. — **Note clinique sur un cas de constipation rebelle causée par une accumulation de noyaux de prunes dans le rectum**; par J. OGILVIE VEITCH. (*The Journal of Mental Science*, avril 1904.)

Il s'agit d'une femme, démente, dans le rectum de laquelle s'étaient accumulés une cinquantaine de noyaux de prunes, qui s'étaient incorporés à la masse fécale, qui n'ont donné lieu à aucun autre symptôme que la constipation et qui ont été enlevés à l'aide de doigts. R.M. C.

V — **Sur l'emploi expérimental des antisérums dans la folie aiguë**; par Lewis C. BRUCE (*The Journal of Mental Science*, avril 1904.)

Les sérums expérimentés ont été l'anti-streptococcique, l'anti-staphylococcique et le sérum antagoniste du bacillus-coli. En faisant ces essais on a obéi à l'idée que beaucoup de folies aigues avaient une origine bactérienne. Il faut noter d'abord que la voie buccale a toujours paru nettement préférable à la voie sous-cutanée. Dans plusieurs cas on a pu constater que l'emploi de ces sérums n'avait rien de spécifique, puisque l'on pouvait employer l'un ou l'autre d'entre eux avec des résultats équivalents, dont le principal et le plus fidèle est une action hypnotique manifeste (50 % des cas). Les sérums ont aussi pour conséquence ordinaire un abaissement de la température. R. DE MISGRAVE-CLAY.

VI. — **Le traitement éducationnel des jeunes épileptiques** ; par G. E. SHUTTLEWORTH. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1904.)

L'auteur a été amené par des recherches poursuivies avec persévérance aux conclusions suivantes.

1° Chez les enfants l'épilepsie *per se* ne doit pas être considérée comme une disqualification à l'égard de l'éducation.

2° En ce qui touche les classes élémentaires de l'école, tous les enfants réputés épileptiques doivent être classés à part par l'autorité scolaire et soumis à l'examen du médecin au point de vue de la direction à donner à leur travail et à leur éducation.

Il va de soi que le traitement éducationnel des enfants épileptiques doit être *médico-pédagogique*, c'est à-dire que le médecin et le maître doivent le régler et le diriger de concert.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

VII. — **Action de l'atropine dans un cas de pouls lent permanent**; par SIMON (de Paris) et SCHMIDT (de Molsheim). (*Bulletin médical*, n° 18, 1906.)

Un sujet de 75 ans est depuis trois ans atteint de crises vertigineuses-syncopales, avec diplopie. Sous l'influence de trois demi-milligrammes d'atropine et de 1-6 milligrammes de tétranitrol, les syncopes diminuèrent, et peu à peu disparurent ; cela était évidemment dû à l'action physiologique de l'atropine sur le pneumogastrique (terminaisons intra-cardiaques du X) : le tétranitrol employé seul n'avait pas eu d'action. L WAHL.

VIII.—**L'antisepsie générale dans le traitement des neuro-psychoses**: par Edward BLAKE.(*The Journal of Mental Science*, juillet 1905.)

L'auteur relate sommairement un cas de folie avec stupeur et un cas d'érotomanie épileptique, tous deux stéréotypés par la staphylotoxine. R. M. C.

IX. — **Note sur le véronal étudié comme hypnotique et comme sédatif dans les affections mentales**; par H. de M. ALEXANDER. (*The Journal of mental Science*, janvier 1905.)

Le véronal ressemble par son aspect au trional; il est sans odeur, à peu près sans saveur, et facilement soluble dans les liquides chauds. L'auteur l'a employé dans les diverses formes de maladies mentales, toujours avec succès, et voici le résultat de ses constatations : 1° dans l'insomnie de la mélancolie aiguë, il est le meilleur des hypnotiques et donne un sommeil naturel sans troubler l'appétit et sans modifier le poids du corps. Il faut régler la dose comme on réglerait la dose d'un laxatif dans un cas de constipation : ordinairement cette dose varie de 0,50 à 0,75 centig. Il est essentiel dans la mélancolie, surtout au début, de combattre l'insomnie, parce qu'elle contribue à augmenter ce que Kraepelin a appelé la « dépression appréhensive ».

Le véronal donne ici un sommeil semblable au sommeil naturel, l'état de langueur qui peut lui succéder est de la vraie somnolence et non de la lassitude. 2° Pour maitriser l'excitation dans la manie aiguë l'auteur donne le véronal à la dose de 0,90 centig. et une nouvelle dose presque égale si au bout d'une heure le calme ne se produit pas : il n'a jamais été nécessaire de dépasser la dose initiale de 1 gr. 50 centig. 3° Dans l'excitation motrice de la paralysie générale et du *délirium tremens* les effets utiles du véronal sont particulièrement manifestes. 4° Dans l'agitation persistante de la ma-

nie sénile, le véronal est supérieur au sulfonal et une petite dose donnée trois fois fois par jour agit plus efficacement qu'une dose ordinaire donnée en une fois. 5° Le véronal est efficace aussi dans les cas chroniques lorsque l'exacerbation de l'agitation est due à la vivacité subjective d'une hallucination sensorielle. 6° Dans tous les cas de folie où une sédation est nécessaire et où le malade refuse toute nourriture le véronal est plus facile à administrer par le tube que le sulfonal ou le trional. 7° L'incoordination musculaire des extrémités a été notée dans deux cas de manie très aigue après l'administration de 1 gr. 50 de véronal en deux jours ; elle était aussi accentuée que celle que l'on observe quelquefois après les doses élevées de sulfonal ; elle a disparu rapidement dès qu'on a suspendu l'emploi du médicament et ne s'est accompagnées d'aucune modification ni du pouls ni de l'aspect général du malade. 8° Jamais l'urine n'a présenté le moindre caractère anormal. 9° Une éruption d'aspect oéséoleux a été notée sur la face et le thorax d'un malade après la première dose, et s'est reproduite après l'administration de chaque dose ultérieure, ce qui a fait supposer qu'il s'agissait d'une idiosyncrasie. 10° Le véronal est représenté comme un médicament sans danger et il a pu en effet être administré avec des résultats favorables à un malade qui présentait une agitation extrême associé au *délirium tremens*, et dont le cas se compliquait de congestion pulmonaire, de dilatation du cœur et de névrite multiple très accentuée. 11° Le seul reproche que l'on puisse faire au véronal c'est que son prix est élevé. R. DE MUSGRAVE CLAY.

X. — **Le travail dans la thérapeutique des maladies mentales** ; par le Dr CUYLITES (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, octobre 1905).

(Voir l'analyse de ce travail in *Archives de Neurologie*, 11 novembre 1905). Compte-rendu du 1er Congrès belge de neurologie et de psychiatrie.

XI. — **Le caractère et le tempérament de nos malades et comment ils peuvent nous aider dans le traitement** ; par Lionel A. WEATHERLY. (*The Journal of mental Science*, juillet 1905.)

C'est un inconvénient des grands asiles que les chefs de service ne puissent pas y connaître plus complètement, plus personnellement leurs malades, leurs caractères et le tempérament de leurs maladies. Le traitement y gagnerait; pour ne prendre qu'un exemple, on éviterait à certains malades bien des crises d'agitation en respectant certaines de leurs habitudes, de leurs manies même ; en effet la répugnance que nous avons tous à subir une direction dans les menus détails de la vie courante s'exagère souvent chez les aliénés, et les minces contrariétés qui en résultent se traduisent souvent chez eux par de la colère et de l'agitation. Même au

point de vue de la discipline, ils doivent être traités comme les enfants auxquels une discipline rigoureusement uniforme ne saurait être ni applicable ni utile en raison même de la diversité des tempéraments et des caractères. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XII. — **Sur l'emploi des médicaments hypnotiques dans le traitement de l'insomnie**; par M. Maule SMITH. (*The Journal of Mental Science*. Juillet 1905)

On considère avec raison comme suspects tous les médicaments qui modifient le fonctionnement des fonctions cérébrales supérieures, et par conséquent la question de savoir s'il faut ou s'il ne faut pas donner d'hypnotique constitue pour chaque cas particulier un petit problème à résoudre.

Evidemment, ce sont les hypnotiques qui donnent un sommeil aussi voisin que possible du sommeil naturel qui agissent le moins sur les centres supérieurs : ceux qui tout en donnant le sommeil modifient sensiblement l'état des vaisseaux sanguins s'accompagnent de malaise au réveil.

Le sommeil naturel n'a manifestement qu'un seul facteur primordial qui est la fatigue ; mais la fatigue détermine-t-elle une modification des cellules nerveuses elles-mêmes, ou bien des tissus environnants ? et si ces deux causes interviennent, quelle est leur part respective ? c'est un point à déterminer. On pourrait penser que si la fatigue des éléments psychiques est le facteur primitif de la productiondu sommeil et l'abaissement de la pression sanguine un phénomène consécutif la courbe de l'intensité de l'inconscience et la courbe indicatrice de la tension vasculaire doivent être conformes l'une à l'autre ; il n'en est rien et ces deux courbes peuvent varier considérablement.

Toute insomnie pathologique, quel qu'en soit le degré, implique une lésion plus ou moins accusée des territoires psychiques, et puisque le sommeil naturel est probablement le résultat des modifitions imposées à ces territoires par la fatigue saine, il en résulte que l'insomnie est causée par un trouble intervenu dans leur fonctionnement physiologique ; et si variables que soient les causes, elles sont, les unes physiques, les autres mentales.

Passant ensuite au traitement de l'insomnie, l'auteur la considère comme un des symptômes qu'il est le plus nécessaire de combattre parce que, chez les sujets sains, sa persistance peut devenir la cause d'un véritable effondrement mental et chez les aliénés elle aggrave la maladie et conduit le malade à la prostration.

Les hypnotiques peuvent être divisés en deux catégories; 1° hypnotiques indirects (exercices physiques, bains, massage, régime, toniques) 2° hypnotiques directs (air pur, médicaments).

Dans l'insomnie de cause physique, les hypnotiques, en règle générale, ne sont pas nécessaires et sont même nuisibles, à

moins pourtant que par sa persistance elle ne menace d'avoir des conéquences mentales. Dans les cas où la mentalité est encore saine, dans les neurasthénies par exemple, il faut s'en abstenir le plus longtemps possible. Dans les maladies mentales, au contraire, leur emploi doit être considéré comme un auxiliaire important et nécessaire du traitement : il faut donner aux centres psychiques détraqués un temps de repos, seule chance pour eux de retrouver leur équilibre normal.

Si l'on peut être amené à s'abstenir de médicaments hypnotiques dans les cas récents et probablement curables, l'humanité tant à l'égard du malade qu'à l'égard de ceux qui l'entourent, en imposera l'emploi dans les cas où il n'y a aucun espoir de guérison. Au point de vue du choix de l'hypnotique l'auteur ne conclut pas mais constate que le véronal a donné jusqu'ici des résultats non uniformes mais fort satisfaisants. R. DE MUSGRAVE CLAY.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

I. — **La paralysie générale et le crime** ; par JOHN BAKER. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1904.)

L'auteur rapporte avec plus ou moins de détails plusieurs car intéressants mais sans formuler de conclusions générales.

R. M. C.

II. — **Simulation de la crise d'épilepsie** ; par CHAVIGNY. (*Bulletin médical*, n° 27, 1906.)

Il est en général très difficile d'être fixé sur la nature exacte d'une crise nerveuse à laquelle on n'a pas assisté et qui d'après les renseignements peut être anormale : très difficile est le diagnostic de la simulation dans ce cas, à moins qu'elle ne soit très grossière ou que l'on ait constaté des signes nettement apocryphes. Mais on sait que les crises sont souvent identiques chez un même sujet, de plus la crise laisse après elle des troubles de la réflectivité, généralement de la diminution (Féré) plus rarement une augmentation très transitoire, de la faiblesse musculaire, du tremblement, de la parésie des membres inférieurs, des troubles de la parole qui rappellent ceux de la paralysie générale, du nystagmus, du myxœdeme, de la stupeur, de l'anesthésie cutanée, de la diminution de l'acuité visuelle et de l'activité des échanges organiques. Nous sommes étonné de ne pas voir citer par l'auteur, comme élément de diagnostic, l'élévation de température signalée depuis longtemps par M. Bourneville. L. WAHL.

III. — **Expertise médico-légale**; par les Drs de Boeck et de Rode. (*Bull. de la Soc. de med. ment. de Belgique*, 1906, n° 126.)

Il s'agit d'une femme qui avait empoisonné ses trois enfants avec de l'arsenic. Au cours de la prévention, cette femme présenta des phénomènes d'agitation, avec hallucinations de l'ouïe qui nécessitèrent son internement. Les experts ayant déclaré que l'inculpée était atteinte de folie homicide et qu'elle était déjà en cet état de démence au moment où elle empoisonnait ses enfants, une ordonnance de non-lieu fut rendue et la collocation maintenue. G. D.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. — **Rapport de la commission nommée par l'Association Médico-Psychologique pour étudier un cas de double conscience**; par Alfred Wilson (*The Journal of Mental Science*, Juillet 1904.)

Il s'agit d'une femme de 22 ans présentant des phénomènes très curieux de double conscience, et dont l'observation abrégée a été publiée dans le *Journal of Mental science* de 1903 et l'observation intégrale dans le N° d'octobre 1904 du même journal ; elle a été soumise à l'examen d'une commission et les conclusions de cette commission constituent le meilleur résumé que l'on puisse donner, c'est pourquoi nous ne pouvons mieux faire que de les reproduire à peu près complètement.

1° La commission, dont quelques membres avaient abordé l'étude de cette malade avec un certain scepticisme a été d'accord pour admettre que les manifestations observées sont incontestablement authentiques.

2° La malade a présenté des changements de personnalité tantôt incomplets, tantôt brusques, tantôt graduels. Dans certains de ces états, elle était entièrement,— et dans tous partiellement — ignorante de sa propre vie dans les autres états. Avant sa maladie de Pâques 1895 elle était selon toute apparence saine de corps et d'esprit.

3° Dans quelques-uns de ces états elle perdait complètement les notions acquises et facilement mises en pratique dans les autres états (dessin, écriture, nomenclature).

4° Dans d'autres états son sens de la différenciation était considérablement augmenté, par exemple le sens du toucher dans ses rapports avec la copie de dessins ou de mots en état de cécité.

5° Dans ces différents états, quelques-unes de ses facultés ou

de ses possibilités normales étaient également abolies soit brusquement, soit graduellement et reparaissaient ensuite de la même manière : cette observation s'applique plus spécialement à la paralysie des pieds et plus rarement des mains. Elle perdait aussi la vue subitement (sans aucun signe ophtalmoscopique). et par intervalles elle la recouvrait soudainement pour un temps très court. La parole et l'audition étaient également atteintes.

A d'autres moments l'intelligence était abolie et elle devenait imbécile.

6° La commission estime que la faculté qu'elle a récemment acquise de dessiner en état de cécité, particulièrement avec l'aide du toucher seul, est un fait extrêmement remarquable. Même remarque pour la réversion des idées, la substitution des couleurs complémentaires et l'écriture de gauche à droite. a

7° Ses dispositions, son caractère, présentaient d'un état à un autre des différences considérables.

Dans son état actuel, qui est anormal, elle est bienveillante et a d'excellents principes, et il en est de même dans un ou deux autres états.

Au contraire, dans certains autres états, elle ressemble à une enfant très méchante et très volontaire ; dans d'autres enfin elle est cruelle, vicieuse, voleuse, détruit tout et a même des tendances homicides. A ces moments, elle n'est influencée ni par le raisonnement ni par la persuasion ou la suggestion, et toute menace de châtiment physique provoque un ressentiment hostile.

8° Son écriture est nettement modifiée dans quelques-uns des états par où elle passe, et l'on peut y distinguer trois ou quatre types différents.

9° La commission insiste particulièrement sur ce point que la continuité de la mémoire s'étend sur toutes les circonstances et sur toutes les périodes afférentes à un état donné. Quand elle est dans tel ou tel de ses états, elle se souvient de tout ce qui s'est passé dans cet état soit actuellement soit dans tous les états semblables passés. Mais le vide de la mémoire est absolu dès qu'il s'agit des autres états. Au bout de sept mois elle demande à finir le repas qu'un changement d'état a interrompu.

10° Au point de vue sensoriel on n'a pas noté l'anesthésie. Mais dans certaines circonstances, associées surtout à la catalepsie, il y avait de l'hypersthésie. A noter aussi que dans un de ses états elle était très sujette aux maux de dents et que dans l'état suivant elle n'avait ni souvenir ni conscience de la douleur.

11° Sa santé générale variait selon les différents états : on l'a vue passer en quelques minutes d'un état de collapsus en apparence inquiétant à un état de réelle vigueur et de surprenante activité.

12° Cette douzième conclusion qui n'est utile que pour la

lecture de l'observation indique la classification adoptée par la commission pour désigner les diverses phases : elle a appelé A l'état normal et B^1, B^2, B^3, etc. la série des états anormaux, tout en reconnaissant qu'il y a entre plusieurs d'entre eux d'assez étroites relations.

13° Jamais, dans aucun de ses états, la malade n'a été malpropre.

14° Bien qu'aucun de ces états ne puisse être considéré comme appartenant au « petit mal » il est important de noter que la malade a eu trois crises épileptiformes dans aucune desquelles elle ne s'est mordu la langue.

15° La durée maxima d'un même état a été de dix semaines; d'autres ont duré de quatre à neuf semaines : la durée minima a été de deux à trois minutes : on l'a vue une fois changer trois fois d'état en cinq minutes. Elle passait d'un état anormal à l'état normal, puis de l'état normal à un autre état anormal. L'apparition d'une période intercalaire normale entre deux états anormaux a été notée plus d'une fois.

16° La succession des différents états n'obéissait à aucune règle; cependant on les a vus assez souvent se succéder dans l'ordre de leur progression initiale.

17° Cette succession d'états différents dura environ trois ans, au bout desquels la malade se fixa dans l'un d'eux, où elle est demeurée, sans que l'état normal ait paru jamais reprendre sa place.

En terminant, le rapporteur déclare que la Commission ne propose aucune explication des faits observés et se borne à demander la publication de l'observation intégrale avec facsimile d'écriture dans le *Journal of Mental Science*. — On trouvera cette observation avec tous ses détails dans le numéro d'octobre 1904.

II.— **Une note clinique sur l'automatisme alcoolique**; par W. C. SULLIVAN. (*The Journal of Mental Science*, avril 1904.)

L'auteur rapporte avec détails quatre observations d'automatisme alcoolique auxquelles il en a joint une cinquième dans laquelle des phénomènes similaires se sont développés sous une influence difficile à préciser. En se basant sur ces observations, il étudie et discute : 1° les conditions qui prédisposent à l'automatisme dans l'intoxication alcoolique; 2° les caractères du défaut de mémoire dans la phase automatique; 3° les conditions capables d'influencer la conduite pendant la phase automatique. L'automatisme alcoolique étant assez souvent invoqué pour se disculper d'actes criminels, M. Sullivan ne croit pas inutile d'insister sur les éléments qui aident à faire un diagnostic précis ; ces éléments sont les suivants : 1° existence d'une ou plusieurs

des prédispositions névropathiques à l'ivrognerie pathologique; 2° existence de l'automatisme dans les circonstances antérieures sous l'influence de l'alcool; 3° amnésie pendant la phase automatique, ou, dans les cas où l'amnésie est incomplète, conservation, toutes choses égales d'ailleurs, des impressions émotionnelles les plus vives de préférence aux impressions plus indifférentes; 4° manière de se comporter du sujet; 5° caractère de l'acte. — Les deux derniers points ont une grande valeur; le troisième a une valeur très grande si l'amnésie est incomplète; il est beaucoup moins important si elle est complète. Les deux premiers points ont une réelle valeur soit positive soit négative. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

III. — **Note clinique sur un cas de manie aiguë pour servir à l'histoire de la manière dont les maladies aiguës affectent l'état mental**; par LEWIS BRUCE. (*The Journal of Mental Science*, avril 1904.)

L'observation que publie l'auteur montre qu'une maladie aiguë intercurrente (dans l'espèce une diarrhée dysentériforme), peut amener la guérison d'une manie devenue chronique.

L'auteur ajoute que probablement si l'on avait provoqué chez le malade une leucocytose intense au moyen d'injections de térébène on lui aurait épargné une longue maladie destructrice des cellules cérébrales. Plusieurs faits publiés paraissent indiquer que le point le plus important du traitement de la manie aiguë consiste à provoquer une leucocytose polymorphonucléaire intense

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

IV. — **Obsessions**; par JAMES SHAW. (*The Journal of Mental Science*, avril 1904.)

Etude intéressante, relatant divers cas d'obsessions, mais trop variée et trop détaillée pour se prêter à une analyse utile.

R. M. C.

V.— **Les rapports de l'hystérie et de la folie**; par F. W. EDRIDGE GREEN. (*The Journal of Mental Science*, avril 1904.)

Ce travail se résume ainsi : non seulement il n'y a entre la folie et l'hystérie aucune ligne de séparation nette, mais il y a beaucoup de cas qui seront qualifiés d'hystérie par tel médecin et de folie par tel autre : l'auteur pense que dans beaucoup de cas d'hystérie et de folie, la cause est exactement la même,et cette opinion s'applique particulièrement aux cas qui débutent par l'hystérie pour finir par la folie. Il est remarquable que beaucoup de sujets hystériques, en devenant définitivement aliénés, perdent beaucoup des symptômes caractéristiques de l'hystérie; les crises hystériques notamment disparaissent souvent. R. DE MUSGRAVE CLAY.

VI. — **Un cas de folie aiguë hallucinatoire d'origine traumatique**; par THOMAS DRAPES. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1904.)

Observation intéressante et publiée avec soin dans tous ses détails. R. M. C.

VII. — **Un cas de démence précoce**; par HENRY M. EUSTACE. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1904.)

Les cas de démence précoce ne sont pas extrêmement communs, il est donc intéressant d'augmenter le nombre des observations publiées et c'est pourquoi l'auteur relate avec détails le cas d'un jeune homme de 21 ans qui présentait les symtômes que l'on considère d'ordinaire comme caractéristiques de cette maladie.
R. M. C.

VIII. — **La « psychologie » de Jane Cakebread**; par ROBERT JONES (*The Journal of Mental Science*, avril 1904.)

On ne peut que signaler cette étude sur la psychologie et la mentalité d'une ivrognesse qui fut universellement connue dans les rues de Londres.

IX. — **Observations cliniques de psychose de** KORSAKOW; par J. TOTE. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1904.)

L'auteur a pu recueillir et publier avec détail six observations de cette psychose intéressante et peu commune sur laquelle Korsakow a le premier attiré l'attention de 1885 à 1891.
R. M. C.

X. — **L'étiologie de la paralysie générale.** (*British medical journal*, 28 juillet 1906.)

Dans toutes les contrées civilisées, le mal connu sous le nom de paralysie générale des aliénés, paralysie progressive ou démence paralytique est fortement en augmentation. Cette recrudescence dans un mal irrésistiblement progressif, réfractaire au traitement curatif, produisant, doucement, mais sûrement, l'impotence du corps et de l'esprit et finissant invariablement par la mort a naturellement excité le vif intérêt des neuropathologues. Une masse de documents venant des cliniques concernant ce mal et son jumeau, le tabes dorsalis, a été recueillie. Jusqu'à 1867 quand Essmarch et Jessen énoncèrent les premiers leur opinion que la paralysie générale était le résultat d'une infection syphilitique, des causes de toutes sortes étaient invoquées : excès sexuels, alcoolisme, excès de travail physique et intellectuel, exposition au froid et à la chaleur, etc.

Depuis des statistiques individuelles, comme celle de Rieger

qui collationna les résultats de onze observateurs, Mendel, Romberg, Hischl et beaucoup d'autres, ont montré la préexistence de la syphilis dans la grande majorité des paralysies générales avec une évidence irréfragable. La paralysie générale et la syphilis coïncident en distribution topographique ; les statistiques affectent inégalement les deux sexes, mais dans la même proportion relativement à l'exposition aux chances de syphilis (exemple : prostituées). La paralysie générale est plus répandue dans les classes : (soldats, marins, voyageurs, etc.) qui plus fréquemment contractent la syphilis. Krafft-Ebbing, sur près de 3.000 hommes atteints de paralysie générale, n'a trouvé au contraire qu'un prêtre catholique; or il avait autrefois souffert de la syphilis ; d'autre part, les cas juvéniles de paralysie générale sont presque toujours (probablement toujours) le résultat de l'hérédo-syphilis ou de la syphilis infantile ; tabes dorsalis et paralysie générale considérés comme distincts sont connus comme le résultat possible d'un même point de départ syphilitique; enfin plus on cherche l'antécédent spécifique dans cet ordre d'idées plus on le trouve. Ceci et bien d'autres faits inclinent fortement à la conclusion qu'une affection syphilitique antécédente est le plus important facteur dans l'éclosion de la maladie, si, en vérité ce n'en est pas le *sine qua non* étiologique.

Néanmoins, les neuro-pathologistes doivent convenir de leur ignorance entière de la part exacte prise ici par la syphilis tant pour la paralysie générale que pour le tabes dorsal. La pierre de touche des traitements antisyphilitiques préconisés de bonne heure malgré l'opinion de Hirschl et de Nesser, reste douteuse et l'action problématique; aussi les observateurs ont-ils été conduits aux hypothèses de para-syphilis ou meta-syphilis.

Dès lors, la paralysie générale et le tabes dorsal seraient les résultats, non de l'action directe du virus syphilitique, mais comme un empoisonnement en retour produit par le dit virus ou ses dérivés. C'est du moins la vue qui à présent rallie le plus d'auteurs. Elle ne repose cependant encore sur aucun fait bio-chimique, c'est encore une hypothèse directe et une satisfaction de mots (1).

Dans ces circonstances beaucoup se sont tournés vers l'investigation bactériologique.

Parmi ces investigateurs est le Dr Ford Roberston, directeur des asiles Ecossais, dont les conférences sur la pathogénie de la paralysie générale des aliénés (2) ont été récemment publiées.

(1) Les recherches de Wanerman, Plaut, Neisser et Bruck en Allemagne, de Lavadite et moi-même en France, peuvent cependant être comme un commencement de démonstration positive sur le terrain bio-chimique. (Voir *Soc. Med. des Hôp.*, 21 décembre 1906.)

(2) La pathogénie de la paralysie générale par W. Ford Robertson M. D. M. (Les conférences de Morison pour 1906.)

Ses vues et celles de ses collaborateurs concernant l'étiologie de la paralysie générale en feraient une maladie infectieuse aussi spécifique que la tuberculose, la fièvre typhoïde ou la diphtérie. Elle serait due à un organisme ressemblant au bacille de Klœbs-Lœffler, nommé par eux le Bacillus paralyticans et ayant ses points d'attaque au dehors de l'encéphale dans les systèmes respiratoires et digestifs. Dès 1901 deux articles du D[r] Roberston et du D[r] Lewis C. Bruce (1) se fondaient sur des investigations indépendantes qui parurent dans le même numéro du journal médical anglais. Depuis cette hypothèse diphtérique de la paralysie générale a formé l'objet principal des recherches au Laboratoire des Asiles Ecossais par les D[rs] Roberston, M. Rae, Jeffrey and Théodore Shennan Leurs résultats, à cette date, furent résumés dans un rapport au Meeting de l'Association médicale anglaise en 1903 ; il fit grand bruit. Ils avaient trouvé post-mortem dans les systèmes digestifs et respiratoires sur beaucoup de cas de paralysies générales et dans le système urinaire et génital dans tous les cas, leur bacille paralycans (apparemment un bacille de Klebs-Lœffler atténué, polymorphique, formant acide dans un bouillon de glucose) ; ce fait prouvait, suivant eux, qu'il ne s'agissait pas du bacille de Hoffmann, ni du bacille xerosis ni d'une forme actino-mycosique ou leptothrix équivalent en beaucoup d'autres cas). Ils ont isolé le bacille dans le cerveau, en 4 cas et en grand nombre dans les foyers de la pneumonie. Sur trois de cinq cas, ils avaient trouvé des bacilles dans le fluide cérébro-spinal centrifugé. Après quelques échecs ils parvinrent à cultiver l'organisme provenant du sang et du fluide cerebro-spinal d'un paralytique général vivant. Le sérum de sang de paralytique général dissout ce bacille plus nettement que le sérum normal. Trois rats et une chèvre infectés par des bacilles diphtéroïdes isolés d'un cas de paralysie présentèrent des symptômes pre mortem et des changements de tissus ressemblant à ceux de la paralysie générale. Les rats se tenaient immobiles avec peu de sûreté dans les mouvements, semblaient assoupis et de plus en plus faibles, sans équilibre tandis que la chèvre devint capricieuse dans sa loge, et vers la fin eut une attaque ressemblant à un ictus épileptiforme.

Les résultats des investigations du D[r] Roberston et de ses collègues furent analysés et critiqués par le D[r] Ferrier dans ses Lumleian conférences imprimées dans le *Journal britannique* du 7 avril dernier. Il démontrait que Eyre et Flashman étaient incapables de déterminer des différences entre des diphtéroïdes recueillis dans les voies aériennes des aliénés et dans ceux des lucides. Ces organismes peuvent se rencontrer dans le cas de santé comme en cas de maladies. D'autre part, les D[rs] Emery et le

(1) *British med. Jour.*, juno 21 th. 1901.

Dr Bulloch trouvent le fluide cérébro-spinal, le sang et l'urine de plusieurscas de tabès et de paralysie absolument stériles. Le Dr Ferrier, considère donc comme non encore démonstratives les recherches précitées. On ne peut cependant les suivre sans un intérêt sympathique. Peut-être bien le développement des organismes diphtéroïdes dans les systèmes digestifs et respiratoires peut-il offrir une explication de l'occurence des attaques épileptiformes ou congestives des P. G. Quand il ne resterait que cela d'acquis par les recherches de l'Ecole Ecossaise il y aurait de quoi légitimer leurs espérances d'arriver un jour à enrayer les ravages ultimes de la maladie par une thérapeutique immunisante consolidatrice des rémissions obtenues. Empêcher le dernier assaut microbien greffer, sur la déchéance paralytique, sans prétendre en remonter le cours n'est-ce pas déjà un progrès dans la thérapeutique encore si pauvre de cette terrible affection ? Dr MARIE.

XI. — L'angoisse au cours de la paralysie générale ; par Féré.
(*Revue de Médecine* ; avril 1906.)

Deux observations de paralytiques généraux sujets à des accès d'angoisse cessant à l'apparition de crises épileptiformes ; l'auteur se demande s'il n'y a pas dans ce cas corrélation entre les deux syndromes angoisse et épilepsie. M. HAMEL.

XII. — Discours présidentiel sur la « Paranoïa » prononcé à la 63e réunion annuelle de l'Association Médico-Psychologique tenue à Londres le 21 et le 22 juillet 1904 ; par R. Percy Smith.
(*The Journal of Mental Science*, octobre 1904.)

L'orateur s'est proposé dans ce discours d'étudier la « paranoïa » sa situation en tant qu'entité clinique, ses rapports avec les autres troubles mentaux, et la valeur de l'assertion suivant laquelle elle constituerait un trouble primitif de l'intelligence par opposition avec les maladies que l'on a qualifiées de troubles mentaux affectifs. Les conclusions de ce discours en constituent un excellent résumé dont nous donnons ici la substance :

L'auteur constate que, même dans son pays d'origine (l'Allemagne) il s'en faut que le terme paranoïa réponde à une idée précise et couvre un territoire nettement circonscrit.

En particulier, la doctrine qui fait de cette maladie un trouble primitif de l'intelligence a été, durant ces dernières années, vigoureusement battue en brèche : d'ailleurs ce serait une faute grave lorsqu'on étudie un cas de trouble mental, de laisser de côté l'examen des différentes fonctions de l'esprit (sentiments, connaissance et volonté) car l'esprit n'est pas divisé en compartiments étanches. Suivant l'auteur, la séparation des troubles primitivement affectifs d'avec les troubles primitivement intel-

lectuels est purement artificielle. Ceci posé, voici l'opinion de l'orateur :

1° Le terme « paranoïa « est utile si on en restreint l'application aux cas de folie chronique avec délusions dans lesquels ces délusions sont organisées et systématisées, qu'il s'agisse d'ailleurs de persécution ou d'exaltation : peu importe d'ailleurs que ces deux formes existent séparément, simultanément ou par transformation de l'une en l'autre ; peu importe aussi qu'elles aient débuté dans l'enfance ou la jeunesse ou à une période plus avancée de la vie et qu'elles relèvent ou non de l'hérédité.

2° Dans tous ces cas, on doit tenir grand compte de l'importance de l'élément affectif de l'esprit et ce serait une erreur d'attribuer au terme « paranoïa » le sens d'un désordre primitif de l'intelligence qui exclurait ou précéderait le trouble affectif.

3° En admettant l'existence de cas aigus dans lesquels les délusions paraissent organisées et systématisées et dans lesquels pourtant la guérison paraît se produire, beaucoup de ces cas ne sont que la phase initiale d'une folie chronique avec délusions, présentant une rémission des symptômes.

4° Dès que l'on est débarrassé de l'idée de désordre primitivement intellectuel, il n'y a aucune difficulté à reconnaître que certains cas de paranoïa débutent par un désordre mental aigu fonctionnel de la nature de la mélancolie ou de la manie, (fait admis d'ailleurs par les partisans même du début primitivement intellectuel) ou même peuvent succéder à un état de délire ou de confusion mentale.

5° Sauf cette exception, la folie confusionnelle aiguë et les états délirants aigus doivent être considérés étiologiquement et cliniquement aussi bien qu'au point de vue du diagnostic et du pronostic comme entièrement distincts de la paranoïa.

6° Le terme proposé par Mercier, de « délusions fixes » doit être appliquée aux états consécutifs à des formes aiguës de folie dans lesquels les délusions persistantes ne sont pas organisées ou progressivement systématisées.

7° En ce qui touche la démence terminale dans la paranoïa, c'est vouloir trop prouver que de dire, comme font quelques auteurs, que la démence ne survient jamais dans cet état, et l'auteur considère comme discutable l'opinion de Kraepelin qui veut retrancher du domaine de la paranoïa pour les faire rentrer dans la démence précoce un groupe important de cas dans lesquels on observe de la débilité mentale terminale. Il est possible que la démence précoce, avec ses formes hébéphrénique, catatonique et paranoïde devienne la nouvelle maladie universelle. (Universalkrankheit) ou l'on pourra faire rentrer un grand nombre de cas, et qui ne manquera pas, dans un avenir prochain, de soulever autant de discussions que la paranoïa elle-même. R. DE MUSGRAVE

XIII. — **Hystérie infantile avec hallucination; par Arsimoles.** (*Bulletin médical*, n° 23, 1906.)

Rarement on a signalé des hallucinations terrifiantes chez les jeunes hystériques. Ici le cas est typique, c'est celui d'un jeune dégénéré de 11 ans, né de parents tarés et présentant toute une série d'anomalies psychiques et en particulier dans la sphère éthique. Il fit une chute sur la tête, deux jours après laquelle il présenta des phénomènes d'excitation maniaque à laquelle succéda une crise hystérique franche : ces phénomènes se renouvelèrent les jours suivants et étaient accompagnés d'hallucinations de l'ouïe. L'isolement et la psychothérapie amenèrent une guérison rapide; nous regrettons vivement que l'auteur n'ait pas insisté sur la manière dont il a employé la psychothérapie. L. Wahl.

XIV. — **Paralysie générale ; troubles trophiques cutanées ; par MM. J. Lépine et M. Loup.** (*Société des Sciences médicales de Lyon*, 11 juillet. (*Lyon médical*, 30 septembre 1906.)

Observation d'un homme de 38 ans, paralytique général, parvenu au dernier degré de la cachexie et chez lequel apparurent des troubles trophiques des membres. Leur caractère principal était l'œdème des téguments, et le caractère accessoire qui ne s'est manifesté que dans les dernières heures de la vie, était l'hémorrhagie interstitielle dans certaines régions œdématiées.

Ces faits mentionnés comme rares ne semblent pas présenter au dire des auteurs, une grande différence de nature avec les autres accidents classiques des paralytiques généraux, comme l'othématome.

Le système vasculaire de ces malades est sans doute rendu plus vulnérable par les lésions de trophœdème qui s'accompagnent de stases sanguines et de distensions capillaires exagérés.

La localisation des ecchymoses correspond sans doute à des traumatismes extrêmement légers. G. C.

XV. — **Les troubles mentaux dans la lèpre à propos d'un cas de psychose polynévritique chez un lépreux ; par de Beurmann, Roubinowitch et Gougerot.** (*Bulletin médical*, n° 21 1906.)

Classiquement dans la lèpre, l'intelligence resterait intacte jusqu'à la fin ; cependant, Hardy et Labaresse (*in* Dict. Jaccoud) signalent des idées noires au début avec du découragement. Hillairet avait fait la même remarque. Les auteurs rappellent, d'après le texte russe exactement traduit, les principaux caractères que Korsakoff assigne à la maladie qui aujourd'hui porte son nom. Ils rapportent ensuite l'observation d'un lépreux âgé de 35 ans qui présenta de l'impotence fonctionnelle des membres, de la paralysie faciale, de l'irido-choroïde double et des troubles

mentaux caractérisés par de la dépression, des idées de persécution, des illusions, des hallucinations des divers sens et de l'amnésie des faits récents. A l'autopsie, il y avait dans le cerveau une légère chromatolyse diffuse de même dans les cornes antérieures de la moelle. On ne put y mettre en évidence les bacilles de Hansen Les nerfs présentaient les lésions, aujourd'hui classiques des névrites lépreuses portant à la fois sur le parenchyme et sur les parties interstitielles qui semblent les premières atteintes. Le bacille de Hansen a été trouvé dans les nerfs périphériques et dans les lépromes sous-cutanés. Cette polynévrite lépreuse est l'homologue des autres polynévrites; elle s'en distingue par l'extrême lenteur de son évolution. On y trouve : l'amnésie d'évocation et d'assimilation, l'affaiblissement intellectuel, l'apathie, l'indifférence et les manifestations délirantes à base d'hallucination affectaient le type de la persécution, mais mal systématisée. Ces troubles intellectuels débutent tardivement et aboutissent fatalement à la mort. Il semble que la prédisposition joue un rôle important dans l'étiologie de ces accidents. L. WAHL.

XVI. — **Quelques remarques sur deux cas de type épileptiforme ayant présenté quelques caractères inusités**; par S. F. E. RAINSFORD (*The Journal of Mental Science*, Juillet 1904.)

Le premier cas est celui d'une femme de 57 ans, atteinte de manie récurrente et admise à l'asile pour la onzième fois qui, du 24 septembre au 1er octobre avait eu 282 attaques épileptiformes : elle était dans un état fort grave : des injections de morphine calmèrent cette série d'attaques qui se terminèrent par une crise violente de manie aiguë qui dura six semaines sans aucune attaque : depuis trois ans, la malade va très bien.

Le second cas est celui d'un enfant de treize ans et demi ayant eu de nombreuses attaques d'épilepsie, et qui, fait remarquable que l'auteur n'a jamais constaté chez les épileptiques, demandait chaque soir qu'on l'attachât pour qu'il ne courût aucun risque de se faire du mal. La menace d'un sérieux arrosage avec quelques seaux d'eau fit cesser les attaques qui n'ont pas reparu depuis. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XVII.—**Les Pervers**; par le Dr MARANDON de MONTYEL (*Journal de Neurologie*, 1906, nos 10 et 11.)

L'auteur passe en revue dans ce travail les différents modes d'assistance qui ont été successivement préconisés pour les pervers. Selon lui, ces sujets qu'il considère à la fois comme des anormaux et comme des malades doivent être traités dans des asiles distincts : ils ne doivent être confondus ni avec les aliénés ordinaires, ni avec les aliénés criminels, ni même avec les criminels-aliénés.

L'asile pour pervers devra être à la fois un asile de sûreté, à pavillons séparés, un hôpital et une école professionnelle ; il comportera une école primaire, où le « pervers sera obligé de s'instruire comme il sera obligé de travailler manuellement ».

D'autre part, le placement d'un pervers ne pourra jamais être effectué au titre volontaire ; toujours il s'agira d'un placement d'office opéré exclusivement par l'autorité judiciaire, notamment par le Président du tribunal où est situé l'asile.

Quant à la sortie de cet asile, elle ne pourra avoir lieu qu'après une guérison dûment constatée et encore sera-t-elle purement conditionnelle, c'est-à-dire que le pervers sorti de l'asile de sûreté devra passer un certain temps dans un asile ouvert, puis dans une colonie familiale où il sera l'objet d'une surveillance constante et assidue.

G. D.

XVIII.— **Note statistique sur les causes sociales de l'alcoolisme**; par W. C. Sullivan. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1904.)

Les recherches de l'auteur le conduisent à poser les conclusions suivantes :

1° Si l'on considère les causes sociales de l'intempérance, qui sont de beaucoup les plus importantes, il est nécessaire de distinguer deux façons de boire opposées, à savoir les excès de boisson qui sont associés à des conditions de luxe relatif, et qui trouvent leur forme la plus fréquente dans les excès qu'on pourrait appeler conviviaux, et d'autre part ceux qui marchent avec des conditions de misère relative, et dont des circonstances industrielles mauvaises constituent le facteur le plus important.

2° Les excès conviviaux peuvent conduire, et conduisent souvent à l'ivresse, mais, au moins dans leur forme pure, ils ne tendent guère à l'alcoolisme chronique. Les excès ouvriers d'autre part, tout en conduisant aussi, mais moins immédiatement à l'ivresse, tendent rapidement et fatalement à l'intoxication chronique.

3° Donc, au point de vue statistique, si l'alcoolisme chronique implique toujours l'existence de l'ivresse, l'ivresse n'implique en aucune façon l'existence de l'alcoolisme chronique. En Angleterre, cette divergence entre les deux phénomènes s'observe d'une manière particulièrement nette dans les districts miniers prospères où, en raison même de cette prospérité, il y a plus d'ivrognes, mais moins d'alcooliques que dans toute autre région.

4° Les maux sociaux les plus graves que cause l'alcool relèvent de l'intoxication chronique et sont par conséquent dus aux excès ouvriers.

5° Alors que l'éducation, la religion et d'autres influences analogues peuvent modifier les excès conviviaux, ces mêmes

influences demeurent à peu près sans action sur l'alcoolisme des pauvres, lequel ne peut guère être enrayé que par l'augmentation du bien-être, et, à moindre degré, par la restriction des facilités à se procurer de l'alcool pendant les heures de travail et la facilité compensatrice de substituer à l'alcool des boissons hygiéniques. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XIX.— « **Morison Lectures** »; par John MACPHERSON. (*The Journal of mental Science*, juillet 1905.)

A. Lecture V. — *Sur la répartition de la folie.* — L'auteur montre 1° que la folie est largement répandue parmi les races humaines et qu'il n'y a probablement aucun peuple qui en soit exempt. 2° il pense que dans ce pays elle est une variation plus ou moins constante eu égard à l'ensemble de la population et qu'il en a toujours été ainsi. 3° il a essayé de montrer que les causes qui agissent sur les fluctuations dans une population donnée sont semblables à celles qui affectent les fluctuations de toute autre variation génétique.

B. Lecture VI. — *Les causes et le traitement de la folie.* — L'auteur examine successivement les causes qui sont réputées produire la folie *de novo* et celles qui ne font que précipiter les attaques de folie individuelle. Il présente quelques considérations sur la durée du traitement des malades qui guérissent.

Il s'occupe ensuite des cliniques psychiatriques et des asiles, et espère que le moment approche où le traitement de la folie aigue sera nettement séparé du traitement des cas chroniques, et où les malades aigus seront traités dans les hôpitaux généraux, comme les pneumoniques ou les typhiques. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XX.— **La folie de l'adolescence ; protestation contre l'emploi du terme « démence précoce »**., par J. C. Mc Conaghey. (*The Journal of mental Science*. avril 1905.)

L'auteur rappelle sommairement la définition et la classification de Kraepelin et il se range à l'avis de Clouston qui pense qu'il est peu scientifique de ranger dans la démence un cas dont on peut avoir ensuite à constater la guérison, ce qui arrive assez souvent ; il a d'ailleurs été frappé du grand nombre de cas qui ne sont nullement conformes aux définitions de Kraepelin. Il propose de faire disparaître la dénomination de « démence précoce » pour lui substituer celle de folie de l'adolescence, et de diviser les malades dont il s'agit en trois groupes : 1° forme simple ; 2° forme délusionnelle ; 3° forme katatonique. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXI.—**Observations statistiques sur la paralysie générale** ; par HARVEY BAIRD (*The Journal of mental Science*. juillet 1905.)

Ce travail comporte les conclusions suivantes .

Pathologie : 1° La formation de fausses membranes sous la dure-mère, avec coloration rouillée, se rencontre dans un quart des cas au moins ; 2° la pie-mère et l'arachnoïde sont plus adhérentes à l'écorce qu'à l'état normal, mais les érosions lors de leur enlèvement, manquent dans 40 % des cas ; 3° les granulations de l'épendyme du quatrième ventricule sont assez constantes pour constituer, à l'autopsie, le principal caractère diagnostique.

Clinique : 1° l'âge moyen lors de l'entrée à l'asile est d'environ 40 ans ; 2° la durée moyenne de la maladie, à l'asile, est d'environ 14 mois ; elle est plus courte qu'autrefois ; 3° la maladie est encore relativement beaucoup plus fréquente chez les sujets mariés ou veufs ; 4° chez les hommes la profession est d'ordinaire, relativement supérieure ; 5° une sensation illégitime de bien être se rencontre chez une petite majorité des hommes, mais elle est moins commune qu'autrefois dans les cas où le diagnostic porté est celui de paralysie générale ; 6° la mélancolie, le délire, de persécution, les tendances au suicide sont plus communes ; 7° 80 % des cas, lors de leur entrée à l'asile présentent des anomalies oculo-motrices, ou de l'embarras de la parole ou des anomalies des réflexes.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXII—**Discours présidentiel prononcé à la réunion de l'Association médico-psychologique de la Grande-Bretagne et de l'Irlande le** 20 **Juillet** 1905 ; par J. OUTTERSON WOOD. (*The Journal of mental Science*. octobre 1905.)

Comme beaucoup de discours présidentiels, celui-ci touche à des sujets très variés et résume principalement l'œuvre pratique accomplie par l'Association médico-psychologique de la Grande-Bretagne et de l'Irlande. R. M. C.

XXIII. — **Démence précoce** ; par Thomas JOHNSTONE (*The Journal of mental Science*. octobre 1905.)

Le sujet a été à maintes reprises traité dans ce journal, et la dénomination de démence précoce a été critiquée ; l'auteur reconnaît qu'il vaudrait peut être mieux employer le terme de démence prématurée. Les faits observés par lui tendent à lui faire admettre que la démence précoce constitue bien réellement une maladie distincte, l'âge auquel elle fait son apparition demeurant toutefois très variable. R. M. C.

XXIV. — **Les folies de déchéance** ; par Georges A. RORIE. (*The Journal of mental Science*, juillet 1905.)

L'auteur a observé quelques cas de folie due à la déchéance de l'âge (il n'est pas nécessaire que cet âge soit très avancé), et il donne sur ces cas des détails intéressants. Il a essayé de déterminer si les groupes qu'il a observés présentaient des symptômes caractéristi-

ques ; il a seulement été frappé de la prédominance marquée des symptômes mélancoliques au voisinage de la ménopause sans que probablement on puisse dire qu'il s'agit de mélancolie vraie. Les autres points à noter sont le taux élevé des guérisons et la tendance aux rechutes chez les femmes, les délusions chez les sujets âgés et l'apparition de symptômes aigus chez quelques imbéciles et épileptiques. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXV — **Non-sanité mentale et maladies mentales dans une prison locale**; par William COTTON (*The Journal of mental Science*, janvier 1905.)

Etude intéressante sur la manière de discerner, de grouper et de traiter ces malades dans une prison régionale. R. M. C.

XXVI. — **Les statistiques de la folie: un schéma universel**; par C. C. EASTERBROOK. (*The Journal of Mental Science*. Avril 1905.)

Travail très étendu, très bien conduit,mais qui par sa nature ne se prête pas à l'analyse. R. M. C.

XXVII — **Une classification de la littérature de la folie avec index relatif d'après le système décimal de** DEWEY; par A. R. URQUHART (*The Journal of Mental Science*, avril 1905.)

L'auteur propose d'appliquer à la littérature de la folie le système décimal du savant bibliothécaire de l'Etat de New-York qui facilite et abrège les recherches; et donne des détails sur ce système aujourd'hui bien connu, mais en somme plus connu que répandu. R. M. C.

XXVIII—**La variation dans ses rapports avec l'origine de la folie et des névroses qui lui sont alliées**; par John MACPHERSON (Morison Lectures » IV). (*The Journal of Mental Science*, avril 1905.)

Leçon intéressante qui se termine par les considérations suivantes : ce que nous appelons la constitution névropathique implique nécessairement trois choses : 1° une variation structurale s'écartant du type normal de l'architecture cérébrale et constituant une grosse différence dans les dimensions ou dans l'arrangement des cellules cérébrales, ou dans ces deux choses à la fois ; 2° une variation structurale dans la forme et dans les fonctions des divers organes du corps; 3° une diminution de la puissance d'immunité de la part des tissus du corps à l'égard de l'invasion des toxines et des produits des micro-organismes.

Or il est évident que ces caractères doivent être en corrélation avec la conformation physique bien que nous ne fassions guère que commencer à saisir cette corrélation. Lorsque nous y serons parvenus, nos conceptions tout entières auront subi une révolution si radicale que la constitution névropathique, bien loin d'être une

abstraction et une entité intangible, sera devenu un fait de la plus haute importance pour les sciences médicales et sociales.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXIX — **Un cas de paralysie générale des aliénés avec méningo-myélite syphilitique**; par R. A. L. GRAHAN. (*The Journal of mental Science.* octobre 1905.)

Cette observation très intéressante, rapportée avec détail et avec soin, et accompagnée de planches,est celle d'un homme de 33 ans, alcoolique et syphilitique (syphilis douze ans avant l'entrée à l'asile) et ayant présenté des symptômes de paralysie générale et de méningo-myélite syphilitique. Elle suggère à l'auteur diverses réflexions importantes que nous analysons ici parce qu'elles résumen les points les plus importants de l'observation clinique elle-même que nous ne pouvons reproduire dans tous ses détails.

Il est manifeste que la lésion médullaire a été primitive et que c'est plus tard seulement qu'elle s'est étendue au cerveau où elle a déterminé la dégénérescence des neurones supérieurs caractéristiques de la paralysie générale.L'apport considérable de sang et de lymphe que reçoit la moelle en fait un organe d'élection pour subir l'influence des toxines syphilitiques.

Le début des accidents nerveux survenant à une date si éloignée de la lésion primitive est un fait intéressant, car suivant Gilbert et Lion, les symptômes méningés apparaissent d'ordinaire dans les trois premières années qui suivent l'infection, et deviennent après huit ans écoulés une complication rare. Il faut remarquer aussi que, dans ce cas, alors que la lésion scléreuse est la lésion maxima par sa quantité, la lésion vasculaire est comparativement minime comme si la toxine n'avait pas été à un degré suffisant de concentration pour déterminer une inflammation active des vaisseaux et s'était lentement diffusée de manière à léser les tissus nerveux de l'ordre le plus élevé et le plus vulnérable. Un autre point clinique curieux, c'est que, environ un an avant l'entrée du malade à l'asile, on avait porté le diagnostic de sclérose disséminée. Après l'entrée à l'asile, d'ailleurs, le diagnostic est demeuré quelque temps douteux, mais bientôt les symptômes inclinèrent nettement vers la paralysie générale. Autre point : comment expliquer les symptômes spinaux ? Voici un cas de méningo-myélite chronique avec nodules isolés dans la moelle, donnant lieu à des symptômes exactement semblables aux symptômes de début de la sclérose disséminée et ne fournissant aucun des symptômes qui caractérisent une lésion méningée, comment expliquer ces faits ?La réponse est malaisée, et il faut une fois de plus, se résigner à reconnaître qu'il est des cas de pathologie nerveuse où le diagnostic clinique est à peu près impossible.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

Séance du 18 *décembre* 1906. — Présidence de M. Voisin.
L'initiation sexuelle.

M. Bérillon. — D'une façon générale, les enfants normaux, tenus à l'écart des influences pernicieuses, restent asexuels jusqu'à l'âge de la puberté ; à l'époque de la formation, l'apparition des fonctions génitales s'accompagne d'aspirations sexuelles, mais elles sont vagues et imprécises. Cet état d'indétermination sexuelle persiste le plus souvent jusqu'à ce qu'une initiation ou même une véritable corruption calculée apporte à l'adolescent des notions précises qu'il n'avait pas soupçonnées jusqu'alors. Tandis que les idées sexuelles acquises par les lectures, les conversations, les exemples, ne laissent dans l'esprit que des impressions le plus souvent passagères et fugitives, les leçons données par un instituteur laissent des impressions profondes, capables de se répercuter sur la vie génitale tout entière.

Nous avons observé de nombreux faits dans lesquels des impulsions sexuelles normales avaient eu comme point de départ très positif l'accomplissement d'actes inspirés ou conseillés par un initiateur coupable. La première sensation éprouvée avait été enregistrée par la mémoire avec une telle intensité que le souvenir de l'initiation se représentait dans toutes les circonstances où l'individu se trouvait sous l'influence d'un désir sexuel. Les habitudes sexuelles se trouvaient donc dans une dépendance étroite avec la première sensation et le réflexe génital n'était réveillé que par des idées se rapportant à cette sensation.

L'explication de ces états mentaux se trouve dans la suggestibilité souvent excesssive qui caractérise souvent les adolescents. On peut aussi admettre que les actes commis l'avaient été dans un état d'attente affective réalisant un véritable état d'hypnose, de monodéisme ou tout au moins d'expectante attention. Dans tous les cas, les idées introduites par l'initiateur se comportaient comme des suggestions faites sur un sujet très hypnotisable. De là, la ténacité et la fixité des premières impressions normales ou anormales de la vie sexuelle. Les succès très frappants observés dans le traitement des impulsions sexuelles anormales (inversion et perversion sexuelle, fétichisme, onanisme, etc.) par la suggestion hypnotique indiquent que le point de départ de ces impulsions réside bien plus dans

une mauvaise initiation à la vie sexuelle, que dans un état de dégénérescence.

Il y a à ce sujet un exemple classique, c'est celui d'un jeune homme qui, ayant été initié à la vie sexuelle par une soubrette, ne peut réaliser l'acte sexuel après son mariage, qu'en emmenant sa femme dans une chambre de bonne, au sixième étage, après l'avoir ornée du tablier blanc, inspirateur de son désir.

La suggestion hypnotique et le développement de la mémoire.

M. Damoglou (du Caire). — Un jeune homme doux et travailleur est incapable de retenir aucun mot d'une langue étrangère, il passe pour inintelligent. Après trois séances d'hypnotisme, il peut apprendre 150 mots par jour ; il devient le premier de sa classe et, au bout de six mois, parle couramment le français. Depuis il a appris très vite et sans aucune peine l'arabe, l'anglais et principalement l'italien qu'il parle comme sa langue maternelle.

Les tics chez les animaux.

MM. Depinay et Grollet. — Le tic chez les animaux revêt un certain nombre de formes différentes. Chez eux on appelle tic un mouvement spasmodique d'une partie du corps, contraction musculaire ou autre, soit certaines habitudes que l'on considère comme vicieuses. Un tic très fréquent chez le cheval est le tic à l'écurie, avec appui sur les mangeoires, le bat-flanc, etc. Les animaux paraissent se transmettre ce vice par hérédité et aussi par imitation. Un autre tic est le « tic de l'ours » : il s'observe chez les animaux à système nerveux impressionnable et paraît aussi se communiquer aux voisins. Un autre tic consiste soit en déglution d'air, soit en rejet de gaz par la voie buccale. Il y a aussi « le tic en l'air » dans lequel l'animal porte le nez en haut sans rien saisir avec les dents. Chez certains gros animaux on a appelé tic testiculaire ou tic ovarique certaines habitudes vicieuses.

Chez les petits animaux il existe un grand nombre de tics qui peuvent être comparés à ces contractions que l'on rencontre chez l'homme, dans les mêmes conditions et avec les mêmes étiologies. Parmi ces tics, on observe chez les chiens et les chats des « tics du grattage » que l'on rencontre aussi chez l'être humain. Chez les oiseaux, on remarque divers tics. Certains poussent continuellement et sans motif de petits gémissements, avec contraction de la région pharyngienne, d'autres frappent avec leur bec sur les objets qui les environnent. Il y a une grande analogie entre certains tics que l'on rencontre chez l'homme et chez les animaux.

Quant au traitement, on peut se demander si celui qu'on

applique chez l'homme et qui est qualifié de rééducation et de discipline psycho-motrice ne pourrait pas être appliqué aux animaux. Il serait plus délicat à appliquer lorsqu'il s'agit des gros animaux qui sont peu maniables, mais pour les petits animaux on pourrait ainsi arriver à leur faire perdre les mauvaises habitudes contractées. Au point de vue des tics, tout est à faire en vétérinaire.

M. Berillon. — Les tics ne surviennent que chez les gens doués d'une psychologie particulière. Le tiqueur est toujours un aboulique ; il présente une diminution chronique de la volonté. Le traitement du tic doit comporter d'abord la rééducation de la volonté. Grâce à une discipline psycho-motrice, le sujet est entraîné à se décider et à agir énergiquement. Le dressage des animaux n'est qu'un art de cultiver les tics,tel,par exemple,le tic des souris valseuses.

M. Regnault. — Il est des races où l'on sélectionne les tics, telle certaine race de pigeons que l'on a rendue aérophagique.

M. Bahaddin Chakirbey. — En Orient, pour passer le temps,de nombreuses personnes dévident toute la journée les grains d'une sorte de chapelet, en prononçant ou non certaines paroles ; c'est une sorte de tic qui provient de l'oisiveté.

M. Dauriac. — Il est curieux de constater que l'art, tout comme ce tic, a eu l'oisivité pour origine. C'est pour sortir de l'oisiveté qu'on a fait de l'art. A un autre point de vue, le fait suivant est intéressant. Un enfant que j'ai connu poussait un certain cri dès qu'on le regardait d'une certaine façon ; il était, en quelque sorte, mécanisé ; on pouvait, à volonté, lui faire émettre son cri,comme si l'on avait appuyé sur un ressort. Un beau jour, comme on le regardait d'une certaine façon, il avait poussé un cri : c'était une simple coïncidence ; il y vit un rapport de causalité et le tic se trouva établi par cette sorte de rationnalisation du hasard.

M. Magnin. — On passe sa vie à rendre automatiques des actes qui ne l'étaientpas. Pour rééduquer l'attention des tiqueurs, il faut leur apprendre à faire, d'une façon coordonnée et voulue, les mouvements qu'ils accomplissent automatiquement.

BIBLIOGRAPHIE

I. — *L'Ame et le système nerveux* (Hygiène et Pathologie); par A. Forel, ancien professeur de psychiatrie à l'Université de Zurich. (Steinheil, éditeur 1906.)

Ce petit traité d'hygiène est une œuvre de vulgarisation dont l'opportunité n'est pas contestable. L'hygiène sociale du système nerveux se trouve aujourd'hui en connexion intime avec tous les rouages de notre vie sociale ; chacun devrait avoir des notions sur l'âme et l'activité du cerveau, qui sont une même chose. Le mysticisme dualiste,en séparant l'âme de l'activité cérébrale.compliquait inutilement la question ; mais le monisme scientifique permet de simplifier et de tout expliquer sans contradictions, car les règles d'hygiène du système nerveux ne sauraient être comprises sans la connaissance exacte de l'organe, et toute notre psychologie est le reflet de la vie de notre cerveau. Il est donc rationnel de faire précéder les notions d'hygiène de l'âme de l'étude anatomo-physiologique, puis pathologique, de son organe, le cerveau. Le livre de M. Forel est divisé en trois parties : 1° âme cerveau et nerfs à l'état normal ; 2° pathologie nerveuse ; 3° hygiène.

Les phénomènes psychologiques se rapportent à trois grands domaines de la vie de l'âme : connaissance, sentiments et volonté. Le domaine de la connaissance est constitué par la combinaison et l'adaptation des impressions de nos sens en gammes ; le domaine du sentiment est celui de l'impression émotive générale du cerveau-âme ; le domaine de la volonté est celui de la projection des impressions et états du cerveau-âme à l'extérieur, sous forme d'actions. L'analyse de ces trois domaines est suivie de la rapide esquisse de quelques autres notions psychologiques : logique, mémoire, attention, intelligence, imagination,raison, éthique, esthétique, appétits et passions, suggestion, et le langage, que Forel appelle la monnaie de la pensée. L'anatomie du système nerveux, qui fait l'objet du chapitre suivant, nous a semblé, il faut l'avouer, un peu simpliste et écourtée; mais n'oublions pas que l'ouvrage s'adresse surtout au public extra-médical. Quelques détails, pour cette raison, sont inexacts : le système nerveux est comparé à un appareil électrique, dont la substance grise constituerait l'accumulateur, et les fibres nerveuses les fils conducteurs ; mais puisque nous rejetons l'hypothèse dualiste, il ne faut pas dire que les cellules nerveuses sont un accumulateur ; elles ne se contentent pas d'emmagasiner, elles produisent ; elles

sont une pile. Plus loin, il est dit que la moelle et les ganglions ne constituent guère, chez l'homme que des appendices subordonnés au cerveau et qui s'y rattachent. Or la moelle nous apparait toujours comme un centre autonome pouvant fonctionner sans le contrôle du cerveau, dans certains cas pathologiques. Enfin, nous lisons : « Il ne peut pas exister de centre spécial pour l'écriture parce que chacun peut écrire avec toutes les parties un peu mobiles du corps, même avec les pieds. » Mais cela prouve simplement que le centre de l'écriture a, grâce au système d'association, dont il a été parlé plus haut, des relations avec tous les groupes de cellules motrices. Ces notions d'anatomie sont suivies de quelques réflexions snr les rapports de l'âme avec le cerveau ; l'auteur recherche quels sont les véritables rapports de nos activités psychologiques intropectives avec les états d'irritation de notre cerveau. Il établit, à l'aide de quelques faits, qu'on ne saurait parler de perceptions ou d'actions inconscientes, d'oublis ; il s'agit de dissociation psychique. Spinoza, Fechner et A. Comte, avant que l'on connût le cerveau ont été les précurseurs de l'hypothèse du monisme scientifique; aujourd'hui l'étude du système nerveux central a permis de découvrir que les actions et réactions du neurocyme (onde nerveuse) obéissent à la loi fondamentale de la conservation de l'énergie ; l'âme ne peut être considérée comme privée d'énergie, sinon l'on reviendrait à la croyance aux miracles, qui font éclore l'énergie de rien du tout pour ensuite la faire disparaître dans le néant.

Le chapitre suivant est consacré à la physiologie du système nerveux : M. Forel y passe en revue les muscles, les nerfs et les neurocymes (ondes nerveuses), les réflexes, les instincts ou automatismes hérités, les effets de l'extirpation du grand cerveau, prouvant qu'il ne peut avoir d'*organe de la conscience*, le travail plastique du grand cerveau, les automatismes secondaires (habitudes), les localisations, et les divers sens. Enfin, l'étude du cerveau à l'état normal est complétée par quelques notions sur la genèse individuelle (otongénie), l'hérédité et la phylogénie (descendance). Nous y trouvons une critique fort judicieuse de l'enseignement que l'on donne à l'enfance, artificiel et plein de préjugés, au lieu d'être une adaptation à la vie sociale, et une défense du darwinisme ; le fait de la transformation des espèces, c'est-à-dire de leur filiation, est aujourd'hui démontré. La seconde partie de l'ouvrage contient des notions de pathologie nerveuse. La psycho et la neuro-pathologie ne doivent pas être séparées. Les troubles des sensations, des perceptions (hallucinations et illusions), les idées délirantes et illusions du souvenir, l'autosuggestion obsessionnelle, les troubles nerveux qui ne sont pas des maladies mentales, sont passés en revue, et suivis des formes mentales et nerveuses. M. Forel divise ces formes en 4 groupes :

1° maladies embryogéniques (idiotismime, bécillité) ; 2° maladies héréditaires (lésions de la phylogénie récentes) ou entrent les obsessions, phobies, hypochondrie, anomalies sexuelles) ; 3° maladies acquises : épilepsie, vésanies, névroses, intoxications et infections) ; 4° maladie par évolution rétrograde ou sénile. Les causes des maladies mentales et nerveuses se rapportent à l'hérédité ou à la détérioration du germe (blastophothorie), à la prédisposition ontogénique ou sont acquises (physiques ou psychiques).

Ces notions longuement exposées, l'auteur aborde enfin la partie *hygiénique*. L'hygiène publique ou sociale, dit-il, doit primer partout l'hygiène individuelle. Les règles générales sont d'abord exposées : il en est de négatives et de positives : parmi celles-ci, la loi de l'exercice ou de l'entraînement est primordiale ; l'exercice doit s'étendre à toutes les activités mentales et nerveuses, et aussi au sommeil qui est *nécessaire*. Mais le développement doit être assuré aussi avec *harmonie* et *choix*, et selon la nature, c'est-à-dire en évitant l'*artificiel*. Chez les psychopathes l'entraînement doit être doublement prudent. Ces règles générales permettent non seulement d'entretenir la santé, mais en outre d'être heureux, libre et riche (du moins en capacité de travail). L'hygiène nerveuse de la conception et de l'hérédité fait l'objet du chapitre suivant : l'auteur est partisan d'un néo-malthusianisme scientifique judicieux, qui empêcherait certains éclopés de corps et d'âme, qui veulent absolument se marier, d'avoir des enfants ; il insiste à plusieurs reprises sur l'action blastophthorique des poisons, et en particulier de l'alcool et de l'opium. L'hygiène nerveuse de l'enfance est ensuite examinée ; M. Forel est un disciple convaincu des Rousseau, Pestalozzi, Frœbel, Owen, etc., et il parle avec enthousiasme de l'essai fructueux qui a été fait de leurs principes dans divers pays par les « Landerziechungsheime » ; il décrit en quelques mots le système de ces écoles, qui sont des « home d'éducation à la campagne » : l'abstinence de boissons alcooliques y est totale ; les travaux corporels sont combinés aux intellectuels ; les élèves sont libres et responsables, c'est à dire chargés de la discipline et soumis uniquement à l'émulation ; pas d'examens ; entraînement à toutes les fatigues, voyages, culture des arts. Le principe de l'enseignement scientifique est la leçon de choses : le jugement et l'observation sont surtout développés. Le docteur Licht a fondé 3 écoles semblables ; les résultats sont dès aujourd'hui excellents. Cette description est suivie de conseils d'hygiène pour la maison et la famille établis sur les mêmes principes. Enfin M. Forel traite de l'hygiène nerveuse spéciale de l'adulte qui n'est guère qu'un résumé des principes déjà développés avec quelques variantes adaptées aux constitutions individuelles. L'homme doit être optimiste,

dans le sens de Strauss : « Heureux est celui qui oublie ce à quo l'on ne peut plus rien changer. » La femme, le célibataire, le vieillard et les névropathes et psychopathes sont tour à tour guidés et éclairés de quelques conseils destinés à mettre en harmonie la santé du cerveau avec les aspirations supérieures à un idéal qui va sans cesse s'élevant. Quelques mots sur les sanatoria pour nerveux, sur la lutte contre l'alcool et l'enseignement de l'hygiène du cerveau, terminent l'ouvrage du professeur Forel, qui nous a paru une excellente œuvre de vulgarisation de principes trop négligés ou trop ignorés à notre époque de lutte intense pour la vie. Il n'est pas superflu de mettre en garde les générations actuelles contre les effets menaçants du surmenage cérébral et des causes de dégénérescence inhérentes à notre civilisation ; et c'est évidemment grâce à l'hygiène nerveuse que la culture obligatoire des cerveaux des générations futures pourra éviter de devenir une cause de déchéance de la race. E. C.

II. — *La Neuronophagie*, par le Dr Sano, agrégé et assistant à la Faculté de Bruxelles. — Mémoire couronné par l'académie royale de médecine de Belgique. — Bruxelles 1906.

Ce remarquable travail contribuera puissamment à éclaircir la nature, la signification et la répartition du processus que Marinesco appela : « Neuronophagie », en l'appliquant d'abord à la destruction des cellules nerveuses par phagocytose. M. Sano transforme cette obscure question en un lumineux chapitre d'histologie pathologique. La première définition de Marinesco est abandonnée, car il n'est pas démontré que la pénétration d'éléments étrangers dans le neurone soit un phénomène de phagocytose ; il vaut mieux, sans préjuger, définir le terme : pénétration d'un ou plusieurs éléments cellulaires dans la cellule nerveuse. Ainsi compris, le processus est connu depuis longtemps. Déjà en 1871, Wyss voit dans un ganglion de Gasser, des globules de pus s'accoler à des cellules nerveuses en creusant des encoches.

Depuis, de nombreux auteurs ont observé le phénomène, en lui donnant les significations les plus contradictoires. M. Sano fait le premier l'historique de ces travaux ; il en trouve 329 ayant trait plus ou moins à la question, parmi lesquels 206 à la neuronophagie seule.

Aucune conclusion ne peut être tirée de ces travaux. Quelle est la nature des éléments neuronophages ? Le processus est-il primaire ou secondaire ? Y a-t-il phagocytose ou histolyse ? Quelle est la fréquence et la répartition du phénomène ? Pour résoudre la question, M. Sano a entrepris des travaux personnels considérables. Nous ne pouvons reproduire sa technique nouvelle, faute de place : il nous suffira de dire que M. Sano la considère comme la seule élective pour les fibrilles *et les noyaux* névrogliques ;

il a constaté que les noyaux leucocytaires et conjonctifs se décolorent moins vite, après teinture au carmin et au bleu de méthyle ou analogues à celui-ci,que les noyaux névrogliques,si on différencie par un acide ou par la glycérine-éther.D'où,il décrit 6 nouvelles méthodes, qui lui ont donné des résultats excellents,et durables. La spécificité de ces méthodes est prouvée par ces deux faits, qu'on peut suivre la différenciation sous le microscope, en comparant les noyaux des vaisseaux et ceux de la névroglie, et que, dans une coupe de moëlle, on constate que rien ne reste coloré dans la substance blanche sauf les leucocytes dans les vaisseaux et les noyaux de ceux-ci. Grâce à ces méthodes, M. Sano a pu étudier le processus neuronophagique sous tous les aspects, et tirer les conclusions suivantes : 1° Les noyaux libres du tissu nerveux sont uniquement névrogliques à l'état normal ; et, à l'état pathologique,quelques-uns sont des lymphocytes, les autres des mononucléaires, des polynucléaires, des plasmazellen, des mastzellen; les cellules granulo-graisseuses ne se trouvent que dans les zones nécrosées.—2° Tout processus d'inflammation est caractérisé par un exsudat ; mais dans certains cas, l'exsudat caractérise aussi la sclérose.— 3° la neuronophagie, qui revêt un aspect différent dans les centres nerveux et les ganglions, ne peut se produire dans les cellules saines. — 4° Sa répartition est détaillée dans un long tableau où sont indiquées les découvertes des auteurs ; on la rencontre, par ordre de fréquence décroissante, dans : écorce et ganglions de la base ; ganglions cérébro-spinaux et sympathiques ; bulbe et moëlle ; cervelet.— 5° les éléments neuronophagiques sont toujours de nature névroglique, exceptionnellement de nature leucocytaire, jamais microbienne. la neuronophagie n'existant jamais dans la cellule saine, n'est jamais primaire, mais primaire et secondaire, ou secondaire ; la simple accumulation de noyaux autour de la cellule n'est qu'un processus névroglique et non de la neuronophagie ; le criterium consiste dans la *pénétration* d'un élément au moins dans la cellule. — 7° Elle n'est pas un processus de phagocytose, ni de neurolyse, ni de cicatrisation,ni de destruction des microbes, elle est un processus pathologique (inflammation ou sclérose) non constant, qui nécessite 2 conditions : altération *régressive* de la cellule nerveuse, et modification *progressive* de la névroglie.Elle n'est pas spécifique, mais plus fréquente dans les processus lents; ne se rencontre jamais dans la sénilité. Enfin, il n'y a que dégénérescence de la cellule nerveuse suivie de cicatrisation par la névroglie et non destruction de cette cellule par la névroglie. — Toutes ces conclusions ont pu être tirées de l'examen des préparations selon les méthodes électives de M. Sano. On comprend tout l'intérêt qu'elles présentent, et l'on peut dire que si ces méthodes résistent au contrôle et à la critique des expérimentateurs,

la question de la neuronophagie pourra enfin être envisagée sous un jour scientifique. — Le mémoire se termine par l'énumération des 329 travaux retrouvés par M. Sano et par 13 figures coloriées.

E. COULONJOU.

III. — *Rapport médical et compte moral et administratif sur l'asile public d'aliénés de Pau* (exercice 1905); par le Dr O. GIRMA, médecin directeur. (Garet, éditeur à Pau.)

Existants au 1er janvier 1905 : H. 454 ; F. 432 ; total : 886. Admissions : H. 101 ; F. 86 ; total : 187. Sorties pendant l'année : H. 48 ; F. 44 ; total : 92, dont 51 pour cause d'amélioration : 32 par guérison : 4 par transfèrement, 5 pour causes diverses.

« Comme de coutume, dit le Dr Girma, dans notre région la proportion des admissions est sensiblement plus grande en faveur des hommes, en raison de la paralysie générale et de l'alcoolisme. Le plus grand nombre des admissions a eu lieu dans deux mois consécutifs des saisons extrêmes (janvier, février ; juillet, août). La diversité des genres de folies correspondant à ces admissions ne permet pas de noter une influence saisonnière prépondérante. La proportion des célibataires aliénés est très sensiblement plus forte que celle des gens mariés ; c'est un fait suffisamment connu qu'explique le chiffre élevé des épileptiques, des débiles mentaux, imbéciles et idiots, presque tous écartés du mariage.

« Nous remarquons avec satisfaction que les *alcooliques* sont moins nombreux dans notre région que dans certaines régions de France. Leur nombre est toutefois en augmentation sensible sur celui des années précédentes.

« Les 15 épileptiques admis durant l'année ont dû être amenés à l'Asile à cause de la complication de leur névrose convulsive ; de l'excitation violente, des impulsions fréquentes, avaient rendu dangereux ces malades. »

A propos des sorties d'essai, le Dr Girma, fait ressortir leur avantage. Ces sorties, véritable instrument thérapeutique, instituées depuis longtemps à l'Asile Saint-Luc, donnent d'excellents résultats :

« En comparant la proportion des sorties par guérison ou amélioration au chiffre des malades admis annuellement, nous trouvons une moyenne de 32.23 %, pour la période décennale antérieure à l'institution des *sorties d'essai* et de 40.2 % pour la période correspondant à celle des sorties. Le chiffre des sorties se trouve donc augmenté de 8 % et c'est ce pourcentage qui traduit la valeur de ce régime. Il est très encourageant et ses effets portent sur la décharge numérique de l'Asile et sur une économie budgétaire.

Le total des sorties par guérison ou amélioration (32 et 51)

donne un chiffre de 83, accusant une proportion de 44,3 % sorties par rapport au nombre des admissions de l'année. Le même calcul pour l'année 1904 donne une proportion de 30 °/° de sorties.

La mortalité à l'Asile Saint-Luc est en augmentation ; en 1905, elle a atteint le chiffre total de 72 ; en 1904 il n'y eut que 49 décès, chiffre le plus bas constaté, qui portait le pourcentage à 5,5 % ce pourcentage est de 7.92 pour 1905. Le Dr Girma attribue cette recrudescence à une augmentation notable de décès par paralysie générale. 4 décès par *tuberculose*.

C'est à l'observation rigoureuse de la circulaire de juin 1901 que le Dr Girma attribue la faible proportion des décès par tuberculose.

21 autopsies ont été pratiquées par le Dr Girma et le Dr Cornu, médecin adjoint.

Recettes de l'exercice 1905	576.436.95
Excédent de recettes de l'exercice 1904	14.933.57
	591.370.52
Dépenses	561.810.39
Excédent de recettes à porter au budget supplémentaire de 1906	29.560.13

Les prix de revient journaliers des malades sont un peu inférieurs à ceux de l'exercice précédent.

Incidents divers. — Le Dr Girma relate une double tentative de meurtre par un aliéné sur un gardien et un malade. Un aliéné entré à l'Asile depuis 10 ans pour une tentative d'assassinat sur son père, n'avait depuis son internement manifesté aucune réaction dangereuse s'était enlizé dans une sorte de *démence stupide* et avait été versé dans le *quartier des gâteux*. Le 26 mai il perforait le ventre d'un idiot alité, et le matin du crime plongeait le même couteau (1) dans le ventre d'un infirmier qui s'était interposé pour protéger le Dr Cornu auquel le coup était destiné. Ces accidents trop nombreux maintenant montrent à quel point la surveillance daas les asiles doit redoubler et combien il y a nécessité de mieux proportionner le nombre des infirmiers au nombre des malades.

Enseignement professionnel aux infirmiers et infirmières. — « Cet enseignement qui a trait aux éléments d'anatomie et de physiologie humaines, d'hygiène, aux soins urgents à donner aux malades en cas d'accidents et avant l'arrivée du médecin a été professé par le Dr Cornu, médecin-adjoint. Un interne, M. Dichamps a mis également beaucoup de complaisance à apprendre

(1) Trouvé probablement dans un chantier de construction où il était allé faire une corvée.

aux infirmiers et infirmières les pansements et les instruments de chirurgie. »

Les cours d'abord suivis par un assez grand nombre d'élèves ont vu leurs auditeurs diminuer dans une assez forte proportion.

L'unique raison, dit le Dr Girma, fut que l'entendement de ce monde, d'ailleurs plein de bonne volonté spontanée, mais qu'aucune instruction préalable n'a développé, s'est senti fermé au langage scientifique, quelque simplification qu'on y eût apporté, de là un découragement rapide et bien compréhensible. On se lasse vite d'écouter quand on ne comprend rien et la honte de son ignorance fait prendre la fuite. Ces résultats seraient peu encourageants mais j'espère qu'en conviant aux conférences futures, non seulement les nouveaux venus, mais surtout l'élite des anciens élèves dont l'instruction ne saurait être considérée comme terminée, nous maintiendrons et développerons même une institution qui, incontestablement bonne dans son principe, doit s'améliorer par une organisation mieux comprise. »

Le Dr Girma semble donc confiant dans l'avenir de ses écoles d'infirmières et nous ne doutons pas que ses efforts et ses peines ne soient un jour récompensés par la formation d'un groupe d'infirmiers éclairés et utilisables qui feront avec juste raison l'honneur de leurs maîtres.

Parlant des nouvelles constructions effectuées, le Dr Girma fait remarquer que dans tous les quartiers de construction récente on a prévu des chambrettes de nuit pour les infirmiers ; c'est une nécessité, en effet, qui s'impose pour assurer la sécurité et la tranquilité des infirmiers durant leur repos et leur assurer une hygiène convenable.

Au sujet de l'application du nouveau règlement portant qu'à l'avenir l'avancement du personnel infirmier et ouvrier aurait lieu d'après le mérite et non plus à l'ancienneté, une grève du personnel éclata le 30 juin. Le service n'a pas souffert de cette grève. le plus grand nombre des infirmiers ont demandé dès le lendemain et obtenu la permission de réintégrer leur poste. L'Asile a été de ce fait purgé des agents les plus indisciplinés et les plus paresseux. Le préfet, à l'annonce de cette grève, releva spontanément de 2000 fr. au mois d'août 1906 l'ensemble du crédit des salaires qui au mois d'avril 1906 a été augmenté de 4000 fr. Le Dr Girma déclare à ce propos :

« Je crois qu'on ne recrutera pour la profession d'infirmiers des candidats instruits et de bonne éducation morale que le jour où on doublera tout au moins les traitements actuels et où, grâce à un roulement de service, on permettra à ces agents de fonder une famille et de disposer fréquemment de leurs nuits. »

La conviction du Dr Girma est celle de tous ceux qui ont cher-

ché à améliorer le sort et l'éducation des infirmiers. Le temps fera peut-être exaucer leurs vœux. **Bernard P.**

IV. — *Leçons cliniques sur les maladies nerveuses et mentales*, par le professeur Alexandre STCHERBAX, 49 figures, 661 pages. Varsovie 1901, en russe.

Un volume, grand format, bien édité ; son contenu très bien choisi et intéressant, traite des différentes questions de la pathologie nerveuse et mentale.

Dans la première leçon, l'auteur analyse un cas de *paralysie spinale périodique* qui se distingue de tous les cas connus de paralysie périodique, laquelle d'ailleurs se rencontre fort rarement avec cette différence que dans ledit cas, pendant les accès de paralysie, on observait l'exagération du réflexe rotulien au lieu de l'abolition de ce réflexe, observée ordinairement : outre cela, l'excitabilité électrique des nerfs et des muscles, contrairement à la règle générale était conservée. La question de paralysie périodique, exposée dans toute sa plénitude, représente comme une monographie entière de cette intéressante forme clinique.

L'auteur donne beaucoup de détails surtout pour expliquer la localisation et la nature énigmatique du processus de la paralysie périodique. Il expose que les différentes théories qui traitent de la nature de cette maladie ont été insuffisantes et propose alors d'y substituer l'hypothèse d'amiboïsme. Il faut observer que l'auteur n'envisage cette hypothèse que dans le sens des modifications, des contacts entre les neurones et des modifications de la direction du courant nerveux. Au moyen de l'hypothèse ci-dessus, Stcherback se croit en mesure d'expliquer les différentes formes de paralysie périodique spinale, lesquelles présentent cliniquement une étrange contradiction entre elles. En général, l'hypothèse « d'amiboïsme » qui a aussi sa place dans les trois leçons suivantes : « *Chorea vulgaris et mécanisme de l'origine des mouvements choréiques* », « *nature du processus morbide de l'hystérie* », et « *les états psychopathiques typiques* », est tracée par l'auteur avec beaucoup de suite. L'application de l'hypothèse d'amiboïsme faite plus largement et plus systématiquement que par tout autre auteur, n'a pas conduit pourtant le professeur Stcherbax, à se priver de l'analyse objective : il est loin de se laisser entraîner par l'hypothèse donnée, trouvant nécessaire de fixer l'attention du lecteur sur ce que cette hypothèse n'a pas encore trouvé sa confirmation dans l'anatomie microscopique, de même que nous manquons complètement de méthodes d'exploration des contacts entre les neurones aussi bien dans l'état physiologique que dans l'état pathologique. La manière dont se produisent les décharges d'énergie nerveuse entre les neurones, reste

aussi tout à fait inconnue, la méthode de *Golgi* étant complètement inefficace à faire la lumière sur ce sujet.

La 4e leçon est consacrée aux *états psychopatiques typiques*, c'est-à-dire aux syndromes psychopathiques déterminés, qu'on doit strictement distinguer des *formes* cliniques, c'est-à-dire des *maladies* mentales ; l'auteur est d'avis que l'étude de ces états typiques, est non moins indispensable pour la psychiatrie que l'est l'étude de l'inflammation ou de la fièvre pour la pathologie interne. La classification psychologique de ces états qui est donnée par l'auteur et qui diffère en quelques points des autres, est comme suit : Au *premier groupe*, c'est-à-dire au groupe des états psychopathiques dépendant de l'affection primaire de tout l'organe phychique *in-toto*, se rapportent : 1° l'état maniaque ; 2° l'état mélancolique ; 3° l'état amentif, dans ses formes variées ; a) simple état amentif (conclusion mentale), b) état amentif hallucinatoire et délirant ; c) état amentif de défense primitif et de stupeur ; d) état amentif maniaque ; e) état amentif mélancolique ; f) état amentif d'abasourdissement) ; 4° l'état de démence atrophique ; 5° l'état de dégénérescence psychique ; 6° l'état d'automatisme. Au *second* groupe caractérisé par les altérations primitives concernant la sphère d'émotion,se rapporte seulement une espèce d'état psychopathique ; 7° l'état d'affectivité pathologique. Au *troisième* groupe se rapportent les altérations primaires de la sphère intellectuelle ; 8° l'état paranoïque ; 9° l'état de raisonnement pathologique ou l'état d'exclusivisme pathologique.

Enfin, au *quatrième* groupe, concernant l'altération primaire de la sphère motrice de la vie psychique se rapporte ; 10° l'état impulsif. La description de chaque état psychopathique est faite avec une concision, une clarté remarquable et avec une différenciation nette des autres psychopathies.

La leçon suivante analyse les *classifications des maladies mentales*. Entre les classifications les plus usitées en Russie, c'est-à-dire les classifications de Krafft-Ebing et de Korsakof, l'auteur choisit la dernière en y effectuant quelques changements.

Dans la 6e *leçon*, l'auteur en exposant *un cas judiciaire-psychiatrique* (tentative de meurtre dans un état d'affectivité pathologique) s'arrête sur les défectuosités du procédé judiciaire et législatif, nuisibles à l'expertise psychiatrique; quant à *la méthode de diriger l'expertise* devant le tribunal, l'auteur est d'avis que l'expertise psychiatrique ne doit présenter « rien d'autre qu'une leçon clinique bien exposée dans les termes les plus simples et les plus clairs ».

La 7e leçon roule sur un cas de *psychose mixte dégénératif*, ayant pour élément principal l'état d'exclusivisme pathologique. La leçon sert d'exemple évident de l'utilité de la connais-

sance des états psychopathiques typiques pour s'orienter parmi les symptômes de toute maladie mentale.

Ensuite Stcherbak s'étend longuement sur 5 cas d'affection du tronc cérébral (dont un cas avec autopsie), servant d'exacte illustration démontrant ainsi l'importance au point de vue du diagnostic et même du pronostic d'établir la localisation anatomique du processus morbide dans tous les cas de lésions organiques du système nerveux. Ces cas sont si bien choisis qu'ils ouvrent en détail devant le lecteur, toute l'anatomie physiologique du tronc cérébral ; ces cas sont : 1° *affection bulbo-spinale gliomateuse* ; 2° *hémorrhagie de la partie inférieure de la protubérance ;* 3° *hémorrhagie de la partie moyenne de la protubéranee* ; 4° *ramollissement de la partie supérieure de la protubérance et du pédoncule cérébral* ; 5° *tumeur de l'hémisphère droit du cervelet.*

L'auteur donne la place secondaire aux symptômes dits « classiques » des maladies nerveuses. Dans ces conditions, cette partie de l'ouvrage intitulée par l'auteur « *anatomie physiologique du tronc cérébral étudiée au moyen de l'observation clinique* », représente non seulement les meilleurs matériaux pour l'étude de l'anatomie microscopique du tronc cérébral pour ainsi dire au sujet vivant, mais encore elle sert au névropathologiste qui débute de meilleure école pour s'initier à l'appréciation purement scientifique des phénomènes cliniques.

Les trois leçons suivantes sont consacrées à l'hystérie ; ce sont : « *Spasme tonique du diaphragme d'origine hystérique* », « *Paralysie hystérique* » (deux cas), et « *Pseudo-apoplexie hystérique* ».

Ces cas offrent à l'auteur la possibilité de se prononcer d'un côté au sujet du traitement des troubles hystériques et de l'autre côté sur l'origine des syndromes hystériques simulant parfois les affections organiques. Quant à la thérapeutique, l'auteur trouve indispensable de s'attacher à l'individualité de chaque malade comme point de départ de l'application du traitement, lequel, parfois sera, même inoffensif, plus utile que le traitement énergique. Quant à la seconde question sur la simulation par l'hystérie des différentes lésions organiques, l'auteur attribue un rôle important à la suggestion de la part de l'entourage, et des médecins qui, parfois par *leurs questions répétées avec persistance* peuvent créer à leur insu chez un sujet suggestible un syndrome caractéristique pour telle ou telle maladie, suivant l'idée erronée qui existait chez le médecin.

Dans la 12e leçon, l'auteur expose un cas *d'inversion sexuelle chez une femme* guérie par l'hypnotisme ; l'auteur développe en détail la question générale des anomalies sexuelles chez les femmes, explique leur rareté comparative, leurs particularités spéciales, etc.

La 13e leçon « *de la maladie de Friedreich et du faisceau cérébelleux des cordons postérieurs de la moelle* », occupant plus de 80 pages, constitue comme une monographie entière de cette maladie. S'appuyant sur les données anatomiques, l'auteur fait connaître son point de vue concernant cette maladie, considérée comme une *lésion systématisée des voies cérébelleuses*, ou comme une *lésion combinée systématisée*, des voies cérébelleuses et d'autres systèmes, du faisceau pyramidal par exemple ; en cas d'affection systématisée du cervelet même, il se produit l'ataxie héréditaire cérébelleuse, que l'auteur propose de nommer « forme cérébelleuse de la maladie de Friedreich. » Il est bien difficile de bien exposer le contenu de cette leçon dans une courte analyse et elle mériterait d'être citée en entier.

Dans la 14e leçon, l'auteur traite la question de *la polynévrite infectieuse sensitive*, c'est-à-dire l'affection exclusive ou prédominante des fibres sensitives des nerfs périphériques, due à l'infection générale. La 15e leçon contient la description d'un cas d'*hypertrophie de la face* combinée avec la *sclérodermie.*

Enfin dans la 16e leçon, l'auteur analyse 4 cas d'*atrophie musculaire progressive* qui représentaient une combinaison de *la myopathie progressive* avec les différentes autres formes de l'atrophie progressive, telles que : *atrophie musculaire progressive spinale*, *poliomyélite chronique progressive*, *amyotrophie de* Charcot-Marie, *atrophie névritique dans sa forme généralisée.*

Selon l'avis de l'auteur, les symptômes « classiques » des différentes formes de l'atrophie musculaire progressive établis en vertu des cas purs ne peuvent avoir qu'une signification limitée en vue des fréquentes combinaisons, néanmoins il est très important pour le pronostic de fixer la forme fondamentale.

Alexandre NAOUMAN,
Assistant à la Clinique des *Maladies nerveuses et mentales* (Varsovie).

VARIA

FAMILLE FOLLE.

Niort. — Une famille entière est devenue folle à Périgni (Deux-Sèvres) dans une ferme exploitée par la famille Gilbert

Toute cette famille, composée du père, de la mère, d'un garçon âgé de vingt-huit ans, d'une fille de vingt-trois ans, et d'une domestique âgée de douze ans, vient d'être prise subitement et collectivement d'accès de folie furieuse.

Les malheureux ont cassé tous les meubles de la maison et tiré

des coups de feu sur tous ceux qui ont tenté d'approcher de la ferme.

Presque nus, couverts de blessures causées par des éclats de vitres, ils ont enfin été maîtrisés et internés à l'hospice de Niort.

Un de leurs voisins, qui était en relations avec eux, et qui passe dans le pays pour un « jeteur de sorts », est soupçonné de n'être pas étranger à ce cas de folie extraordinaire; on parle de certains faits dont la famille Gilbert et leur domestique auraient été victimes. (*L'Aurore*, 11 décembre 1906)

La surveillance dans les asiles.

Le *Psychiatrisch-neurolog. Wochensc.* mentionne l'assassinat d'une infirmière par une aliénée à l'asile de Matteawan, à New-York. Ce crime a causé une émotion considérable. Une bohémienne, Lizzie Halliday, internée à l'asile à la suite de nombreux forfaits : incendie volontaire de sa maison où périt son fils, assassinat de son mari et de deux femmes, s'était comportée comme une aliénée tranquille. L'infirmière chargée de sa surveillance, miss Nelly Wicke, s'était particulièrement occupée d'elle et la démente lui témoignait une vive reconnaissance et ne voulait pas se séparer d elle. Miss Nelly Wicke se fiança et, à la veille de son mariage, elle se préparait à quitter l'asile, Lizzie Halliday en conçut un vif chagrin, elle pleura, suppliant la jeune fiancée de demeurer à l'asile. Devant le refus de cette dernière, Halliday se précipita sur elle, l'entraîna dans une chambre dont elle ferma la porte, et arrachant à la malheureuse jeune fille des ciseaux qui pendaient à sa ceinture, elle les lui enfonça à plus de cent reprises dans la nuque et dans la figure. Lorsque le personnel attiré par les cris de douleur de la jeune fille et les hurlements de la folle, parvint à ouvrir la porte, on trouva Halliday souriante auprès du cadavre. Miss Wicke, rendit le dernier soupir dans les bras de son fiancé venu pour la chercher. B. P.

Les aliénés en liberté.

Mort subite. — On écrit de Courcelles, en date du 13 novembre au *Nouvelliste de la Sarthe* du 14 novembre. Le 11 novembre, vers 4 h. 1/2 du soir M. Julien Cahoreau, âgé de 68 ans, propriétaire, a été trouvé couché sans vie dans un fossé sur la route de Mézeray. M. le docteur Tourrene, de Malicorne, est venu constater le décès qu'il attribue à une débilité sénile.

Une femme écrasée. — Comme nous le racontions dans notre dernière édition, M. Pottier, commissaire de police du troisième arrondissement, s'est rendu hier à l'amphithéâtre de l'hôpital, à 2 heures 1/2 de l'après-midi, en compagnie d'une dame Cusson,

demeurant Chemin-Neuf-d'Arnage, pour confronter cette dernière avec le cadavre de la femme trouvée écrasée sur la voie du chemin de fer, près du passage à niveau des Sablons. C'était afin d'établir l'identité de la victime que l'on croyait être la sœur de Mme Cusson.

La confrontation a donné le résultat qu'on attendait. Mme Cusson, en effet, a reconnu la morte pour être sa sœur, Dutertre Léontine-Angélique, veuve Lemeunier, âgée de 56 ans, née à Torcé. Elle ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés mentales et n'avait pas de domicile fixe.

La victime s'était présentée récemment à l'hospice, pour y solliciter son admission et la concierge de l'établissement, lorsqu'on avait, hier, apporté la défunte, avait reconnu en elle la solliciteuse, dont elle savait qu'une sœur — Mme Cusson — était domiciliée Chemin-Neuf-d'Arnage. C'est de cette façon qu'on a pu l'identifier. (*Nouv. de la Sarthe* 14 nov.)

Suicide. — M. Loyau Jacques-Ambroise, propriétaire à la Chartre) a été trouvé le 10 courant dans la matinée étendu sur son lit, ne donnant plus signe de vie. Le cadavre portait un sillon bleuâtre autour du cou, indice de la mort par strangulation. M. Loyau était très à l'aise et très bien soigné par son fils, mais il ne possédait plus toute sa raison. C'est ce qui explique son suicide. (*Nouv. de la Sarthe.*)

Un suicide. — Mme veuve Pihan, âgée de 75 ans, qui ne jouissait pas de toutes ses facultés mentales, a mis fin à ses jours en se noyant dans son lavoir. Son intention de se suicider était si bien arrêtée qu'elle avait disposé des réchauds pour s'axphyxier et, dans un autre endroit, une corde pour se pendre, mais elle a préféré avoir recours à la rivière (*Semeur de l'Oise.* 12 déc.).

Une mort tragique. — Samedi dernier, Mme Quentin, née Desaint (Alexandrine), 48 ans, atteinte depuis environ 15 ans d'aliénation, s'est donnée la mort dans les circonstances suivantes. Son mari, M. Quenum (Arthur), âgé de 58 ans, ancien receveur des contributions indirectes, était parti vers 11 heures du matin pour Clermont.

A son retour par le train de 5 heures du soir, il trouva son infortunée compagne râlant sur un lit, au milieu d'une mare de sang. Dans la salle à manger il vit une autre mare de sang près de laquelle était son fusil de chasse.

Il put questionner Mme Quentin et lui demander si c'était elle qui s'était tuée. Elle répondit : oui. En dépit des soins qui lui furent prodigués, elle rendit le dernier soupir vers huit heures du soir dans d'horrible souffrances. Pendant l'absence de son mari, la malheureuse femme, prise soudain d'un accès de fièvre, avait décroché le fusil en question et l'avait chargé, adossé la crosse de

l'arme contre un canapé et, s'étant placée à l'extrémité du canon, elle avait fait jouer la détente à l'aide d'une canne. Ayant reçu la décharge en plein ventre, elle avait eu la force de se coucher sur le lit distant de six mètres où son mari la trouva mourante. (*Semeur de l'Oise* 12 déc. 1906).

ASILES D'ALIÉNÉS : CONCOURS POUR L'ADJUVAT.

En conformité du décret du 1er août 1906, le concours pour l'emploi de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris le lundi 4 mars 1907, et les demandes des candidats, à ces épreuves seront reçues au Ministère de l'Intérieur (1er Bureau de la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 7, rue Cambacérès) du lundi 28 janvier au dimanche 10 février au plus tard, accompagnées de toutes les pièces énumérées dans le décret précité.

Le jury du concours, pour l'emploi de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés est ainsi constitué : Président : M. Drouineau, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur. Membres titulaires : MM. Thoinot, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, ; Rémond, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse ; Paris, chargé de cours à la faculté de médecine de Nancy ; Vallon, médecin en chef de l'asile clinique (Sainte-Anne) ; Girma, directeur médecin à l'asile public d'aliénés de Pau ; Pichenot, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Montdevergues (Vaucluse). Juge suppléant : Chocreaux, médecin en chef à l'asile public d'aliénés de Bailleul (Nord). Le nombre des candidats inscrits pour ce concours est de 26.

FAITS DIVERS

ASILES D'ALIÉNÉS. *Mouvement de décembre* 1906 *et janvier* 1907. — M. le Dr Briche, médecin-adjoint à l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), nommé médecin en chef à l'asile de Leyme (Lot) et maintenu dans les cadres des médecins des asiles publics d'aliénés. — M. le Dr Lépine, médecin-adjoint à Bron (Rhône) promu à la 1re classe du cadre. — M. le Dr Dubourdieu, médecin-adjoint à Saint-Gemmes (Maine-et-Loire) promu à la 2e classe. — M. le Dr Tissot, médecin-adjoint à l'asile de Dury (Somme) promu à la 1re classe du cadre.

ETABLISSEMENT D'UN ASILE D'ALIÉNÉS A MONT-DE-MARSAN. — Sur le rapport du président du conseil, par décret du 9 janvier 1907, le département des Landes est autorisé à emprunter une somme de 1 million de francs, applicable aux frais d'établissement d'un asile d'aliénés à Mont-de-Marsan.

Asiles publics d'aliénés de Bailleul et Armentières. — Concours pour la nomination à 4 places d'interne titulaire en médecine dont trois à Bailleul et une à Armentières et 3 places d'interne provisoire dont deux à Bailleul et une à Armentières. Le lundi 18 mars 1907, à 9 heures précises il sera ouvert à la Faculté de médecine de Lille un concours public pour la nomination des titulaires à ces fonctions.

Asiles publics d'aliénés de Bailleul et d'Armentières. — *Concours pour la nomination à 4 places d'interne titulaire en médecine, dont trois à Bailleul et une à Armentières, et 3 places d'interne provisoire dont deux à Bailleul et une à Armentières.* — Le lundi 18 mars 1907, à 9 heures précises, il sera ouvert à la Faculté de médecine de Lille, un concours public pour la nomination à quatre places d'interne en médecine et à trois places d'interne provisoire aux asiles publics d'aliénés de Bailleul et d'Armentières.

Conditions de l'admission aux concours et formalités à remplir : Sont admis au concours les étudiants en médecine possédant au moins dix inscriptions de doctorat, dans une faculté ou une école de médecine de l'Etat. Les candidats devront, pour être inscrits au concours, produire les pièces suivantes à la préfecture du Nord : 1° Expédition de l'acte de naissance ; 2° Extrait du casier judiciaire ; 3° Certificat de revaccination datant de moins de trois années ; 4° Certificat délivré par le doyen de la faculté ou le directeur de l'école dans laquelle le candidat a fait ses études médicales constatant au moins dix inscriptions ; 5° Certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de la commune ou autre magistrat qualifié. (Ce certificat devra ne pas avoir plus d'un mois de date). La liste des candidats sera close cinq jours avant la date d'ouverture du concours.

Composition du jury du concours. — Le jury est composé de cinq membres, savoir : un docteur en médecine, délégué de Monsieur le préfet, président ; deux professeurs de la faculté de médecine proposés par Monsieur le doyen ; un médecin en chef de l'asile de Bailleul ; un médecin en chef de l'asile d'Armentières ; un juge suppléant pris parmi les médecins de ces deux établissements.

Les épreuves du concours sont réglées comme suit : 1° Une composition écrite, de trois heures, sur un sujet de pathologie médicale ou chirurgicale, à l'exception des sujets de pathologie spéciale. Il sera accordé trente points pour cette épreuve, qui peut devenir éliminatoire si le nombre des candidats dépasse le triple des places vacantes ; 2° Une épreuve orale, de quinze minutes sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux, après quinze minutes de préparation. Il sera accordé vingt points

pour cette épreuve ; 3° Une épreuve orale, de cinq minutes, sur une question, dite de « Garde », après cinq minutes de préparation. Il sera accordé quinze points pour cette épreuve. Les candidats admis au concours peuvent seul pénétrer dans les locaux réservés aux épreuves écrites. Le sujet de la composition écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre cinq questions rédigées et arrêtées par le jury, aussitôt avant l'ouverture de la séance. Pour les épreuves orales, la question sortie est la même pour tous les candidats, et elle est tirée au sort comme ci-dessus. Les candidats subissent les épreuves orales suivant un ordre de tirage au sort effectué à l'ouverture de chaque séance. Les épreuves orales sont publiques. Le jugement définitif porte sur l'ensemble des épreuves.

Les fonctions des internes titulaires durent trois années et celles des internes provisoires jusqu'au concours suivant, auquel ils peuvent d'ailleurs se représenter dans les conditions exigées. Les internes nommés dans l'ordre de classement établi par le jury entrent en fonctions à la date fixée dans leur arrêté de nomination. A l'expiration de leurs fonctions, les internes reçus docteurs en médecine et se destinant à l'adjuvat des asiles, peuvent être autorisés par décision préfectorale, sur la proposition du directeur, et après avis favorable du chef de service et de la commission de surveillance, à faire une quatrième année d'internat.

Les traitements alloués à MM. les internes sont fixés ainsi qu'il suit : 1re année, 800 francs ; 2e année, 900 francs ; 3e année, 1000 francs ; 4e année, 1200 francs. Les avantages en nature sont le logement, la nourriture, le chauffage et l'éclairage.

Les internes provisoires reçoivent le traitement et les avantages des internes titulaires dont ils tiennent la place pendant tout le temps, jour par jour, de leurs fonctions provisoires. Les internes titulaires et provisoires sont soumis, pendant toute la durée de leurs fonctions, aux règlements présents ou futurs concernant le service intérieur de l'établissement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Austregesilo. — *Mimetismo. Imbécis e Idiotas.* Brochure in-8° de 12 pages. Office de typographie de hospicio nacional de alienadas, Rio-de-Janeiro.

Monestier. — Rapport médical et compte moral et administratif sur l'asile départemental des aliénés à Yzeure. Brochure de 42 pages. Fudez, rue du Vert Galant, à Moulins.

Sand (René). — *La neuronophagie*, in-8° de 156 pages. En vente chez Hayez, imprimeur, rue de Louvain, 112, à Bruxelles.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères et Thiron.

Vol. I. Février 1907. N° 2

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

LÉGISLATION

La revision de la loi du 30 juin 1838.

Examen critique de la nouvelle loi sur le régime des aliénés ;

PAR LE Dr V. BOURDIN
Médecin en chef de l'Asile du Mans (Sarthe).

Pour leurs étrennes, en l'an de grâce 1907, les médecins aliénistes français ont eu une surprise : la revision de la loi du 30 juin 1838, tant de fois annoncée, tant de fois inscrite à l'ordre du jour de la Chambre des Députés, mais sans cesse ajournée, se trouvait inscrite tout en tête des travaux de l'Assemblée, et sa discussion était annoncée comme certaine par tous les journaux politiques. Cette discussion a eu lieu en effet ; elle a occupé quatre séances de la Chambre,celles des lundi 14, jeudi 17,lundi 21 et mardi 22 janvier. Le rapporteur de la Commission nommée par la Chambre pour examiner le projet était M. Fernand Dubief, député de Saône-et-Loire, ancien ministre, et ancien directeur administratif de l'Asile de Marseille. M. Mirman, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques, était Commissaire du gouvernement. L'urgence a été déclarée, et la discussion a immédiatement commencé.

Je ne crois pouvoir mieux faire, pour apprécier les propositions qui ont été successivement présentées et adoptées, que de suivre l'ordre même de la délibération : discussion générale d'abord, puis passage aux différents articles.Bien qu'amené nécessairement à faire de larges citations, je supposerai connu le texte exact de la loi, que d'ailleurs les lecteurs trouveront plus loin, dans le n° de mars.

A. — Discussion générale.

La discussion générale a occupé presque toute la séance du 14 janvier. On y a entendu, outre le rapporteur, MM. Joseph Reinach, auteur lui-même d'un ancien projet de revision (1890), Cruppi, président de la Commission, Lefort, Simonet, Th. Reinach, Victor Fort, etc. M. Mirman, commissaire du gouvernement, a présenté de très judicieuses observations. Cette intéressante discussion est à rapprocher de celle qui eut lieu en 1886, au Sénat, quand fut examiné le projet de M. Théophile Roussel, qui avait précédé celui de M. J Reinach. Le projet Roussel, adopté par le Sénat en mars 1887, fut transmis à la Chambre des Députés qui nomma une Commission : M. Bourneville déposa un rapport au nom de cette commission, mais ce rapport ne fut jamais discuté. (On trouvera la relation complète des débats de la Haute Assemblée (novembre 1886) dans les *Archives de neurologie* de 1887-88-89.)

Il est hors de conteste qu'à l'heure actuelle, à la suite de quelques prétendues séquestrations arbitraires autour desquelles la presse politique a fait grand bruit, un courant d'opinion s'était dessiné en faveur d'une prompte revision de la loi de 1838, et il semble que c'est le souci d'éviter à l'avenir tout internement illégitime qui a déterminé la discussion du projet Dubief.

Nos lecteurs savent que ce projet date de 1902. Depuis 1862, il est question de refaire la loi de 1838, mais je crois inutile de passer en revue tous les projets qui ont été successivement présentés aux Chambres, et qui n'ont plus qu'un intérêt historique : je préfère entrer dès maintenant dans le vif de la question.

On connait l'économie générale de la loi Dubief ; le rapporteur en a retracé, avec une éloquence souvent applaudie, les grandes lignes devant ses collègues, qui ont rendu un légitime hommage à sa ténacité et à son consciencieux labeur. Les principaux griefs adressés par le rapporteur à la loi de 1838 sont les suivants : 1° Elle ne règle pas suffisamment les conditions de fonctionnement des Asiles, de façon à en faire de véritables hôpitaux de traitement ; — 2° Elle n'a pas pris toutes les précautions désirables pour sauvegarder les intérêts et les biens des

aliénés ; — 3° Elle n'offre pas de garantie suffisante à la liberté individuelle.

Ce dernier est le grand reproche, celui de tous les journalistes qui ont attaqué la loi de 1838, celui que l'opinion publique, égarée par des critiques acerbes, croit le mieux fondé. Nous nous permettrons de n'être aucunement de cet avis, et si les médecins aliénistes étaient les premiers à réclamer la revision de l'ancienne loi, qui ne s'adaptait plus suffisamment aux exigences de la psychiatrie moderne, ils ont tous rendu justice à cette belle loi, que la pratique seule permet d'apprécier à sa réelle valeur.

M. Bourneville, lors de la discussion du projet Roussel au Sénat, invitait, en reproduisant les débats dans ce journal, les médecins des asiles à lui adresser des lettres commentant ou critiquant cette discussion. J'ai pensé que cette invitation subsistait pour la discussion de la loi Dubief en 1907, et c'est ce qui m'a décidé à entreprendre ce travail critique, que je remercie vivement ici M. Bourneville de vouloir bien insérer dans les *Archives*.

Plusieurs des dispositions principales de la nouvelle loi ont été résumées dans la discussion générale : je les examinerai plus fructueusement avec les divers articles qui s'y rapportent. Je ne veux m'occuper ici que du grand principe qui a présidé à l'élaboration de la loi, du grand moyen trouvé pour éviter les séquestrations arbitraires, la substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative dans le placement dit volontaire d'un aliéné.

L'internement ne sera tout d'abord que *provisoire* : on exigera, non plus un simple certificat, mais un rapport détaillé, établi par un médecin qui ne pourra être celui de l'établissement vers lequel doit être dirigé le malade ; puis, les certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine délivrés comme actuellement par le médecin traitant. Toutes ces pièces seront communiquées au Tribunal civil du lieu, qui rendra alors, s'il y a lieu, un jugement d'internement *définitif*. S'il a des doutes, ou s'il y a opposition, même de la part du malade, il pourra refuser l'internement ou ordonner une expertise contradictoire.

On croit ainsi éviter à l'avenir les séquestrations arbitraires. Mais, tout d'abord, je demanderai : qu'est-ce

qu'une séquestration arbitraire ? La loi ne le dit pas. J'imagine cependant que c'est l'internement dans un asile d'un individu qui n'est pas aliéné. Or, la loi de 1838 contient une étrange lacune, qui subsiste dans celle de 1907 : il n'y a pas de définition de l'aliéné ! Serait-ce que cette définition est jugée superflue ? En ce cas, il faudrait avouer notre infériorité, nous autres médecins spécialistes, qui ne tombons pas toujours d'accord sur le sens à donner à ce mot. Fou et aliéné sont-ils deux termes synonymes ? Le public dit oui, la plupart d'entre nous répondent non : le mot aliéné est généralement considéré comme ayant une plus large extension que le mot fou, qui ne s'applique qu'aux psychoses, aux délires proprement dits. Le débile, l'arriéré, l'idiot, le dément sénile, sont-ils des aliénés ? Si le législateur, acceptant l'opinion des médecins, opte pour l'affirmative, on ne voit plus bien ce que peuvent être les séquestrations prétendues arbitraires. La plupart du temps, en effet, elles ont pour objet des déments, des simples d'esprit que les voisins, voire même les tribunaux, ne jugent pas assez malades pour être enfermés, mais que leurs proches, mieux en état de constater leurs méfaits, cherchent à faire admettre dans un établissement où ils seront au moins hospitalisés. Il est très vrai qu'ils se délivreront ainsi d'une gêne continue et se débarrasseront d'un parent devenu encombrant : mais qui peut, en conscience, le leur reprocher, s'il est vrai que tout aliéné peut à un moment de sa vie devenir dangereux à l'égard d'autrui ? Et de tels internements ne sont en rien contraires à la lettre et à l'esprit de la loi de 1838.

Cependant puisque l'on nous parle sans cesse de séquestrations illégitimes, il faut bien admettre qu'il s'en est produit quelques unes. Mais à moins que le médecin certificateur et le médecin de l'établissement ne soient de connivence avec la famille, l'interné a toute liberté de protester auprès de l'autorité judiciaire et administrative contre sa séquestration et cela dès le premier jour de son entrée. De plus, la loi de 1838 accordait à l'individu placé dans une maison de santé un supplément de garantie : la contre-visite dans les trois jours. Étant donné la gravité des peines encourues, il faut bien admettre que, même au



cas où il se serait trompé, le médecin a dû être de bonne foi. Ce qui signifie qu'il a constaté au moins un symptôme d'aliénation. Dès lors, qui peut dire que la séquestration est arbitraire ? Dira-t-on qu'un seul symptôme est insuffisant, qu'il en fallait au moins 2, ou 3 ? Ces chiffres n'auraient aucun sens, et en réalité, si le malade n'était encore que peu atteint, il aurait tort de se plaindre d'avoir été soigné avant que son affection se soit aggravée.

Ce qui nous effraye précisément dans la nouvelle loi,ce sont les obstacles apportés à l'internement. Il est à craindre qu'ils n'aient d'autre effet que de rendre celui-ci, sinon impossible parfois, du moins toujours plus tardif. Or la folie, on ne saurait trop le répéter, n'a chance d'être curable qu'à condition d'être traitée de bonne heure, le plus près possible de son éclosion. Et que l'on n'objecte pas que le placement provisoire sera facile : les familles sauront que dans la quinzaine, interviendra un jugement du tribunal, et elles reculeront trop souvent devant les responsabilités encourues, devant aussi les représailles possibles du malade. J'ai prononcé le mot de jugement. Les tribunaux en effet ne rendaient jusqu'ici que des jugements et ne seront peut-être qu'à demi satisfaits du rôle administratif qu'on veut leur faire jouer. Et puis, un jugement amenant un internement définitif ne sera-t-il pas regardé par le public comme une condamnation, et n'est-ce pas une nouvelle peine que la loi institue ? Il n'y a pas que les familles qui seront au courant des formalités légales : bien des malades en seront également instruits et au besoin nous médecins nous nous ferions un devoir de les renseigner sur leurs droits. Dès lors, ne pourra-t-il se faire que pendant quinze jours, un mois et même plus, un aliéné très dangereux ne dissimule son délire, ses hallucinations pour obtenir sa sortie ? La clinique ne se charge que trop de répondre.

Il est un grand fait qui nous semble dominer tout le débat : c'est la question de responsabilité.Le Préfet est aujourd'hui considéré par la jurisprudence comme responsable des placements, même volontaires : il peut toujours provoquer la sortie immédiate (art. 16 de la loi de 38) et s'il ne le fait pas, c'est qu'il fait sien l'avis du médecin traitant. S'il agissait contrairement à cet avis, ce se-

rait donc sous sa responsabilité directe : et les Préfets en ont aujourd'hui tellement conscience qu'ils se rangent toujours à l'opinion du médecin. C'est là le principal avantage de la loi de 1838 ; le médecin est laissé seul juge de la nécessité de l'internement.

Remarquez que l'autorité judiciaire n'était nullement désarmée : l'art. 29 de la loi de 1838 lui donnait la possibilité de faire sortir sans justification, après ou sans expertise, tel ou tel malade séquestré ; et le fait s'est en effet produit quelquefois. Il est à craindre qu'avec la nouvelle loi, ces dissentiments entre magistrats et médecins ne soient fréquents, car l'opinion de l'expert ne lie pas le juge. Et le danger vient encore de ce qu'un tribunal n'est en rien responsable de ses jugements.

On commet, à mon avis, une erreur quand on prétend justifier l'intervention de l'autorité judiciaire dans le placement des aliénés, par cette considération qu'à la magistrature seule appartient le droit de disposer de la liberté d'un citoyen. Il ne s'agit pas de priver l'aliéné de sa liberté : il s'agit de le soigner et de lui concéder, au contraire, le maximum de liberté compatible avec son état. Nos asiles modernes ne sont plus des « renfermeries » ; les malades sortent, vont à la promenade, partent en congé. A l'asile du Mans, on les conduit plusieurs fois par an aux théâtres forains, dans les jardins publics, aux environs même de la ville en tramways. Il me semble, puisque l'on veut tant assimiler l'asile à un hôpital, que dans les hôpitaux la liberté n'est guère plus grande, et si l'on empêche l'aliéné de sortir de l'asile dès qu'il le réclame, c'est parce que sa maladie ne nuit pas seulement à lui-même, mais à autrui.

Enfin, je prétends que si l'on tient absolument à faire intervenir la magistrature dans le placement des aliénés, ce devrait être exclusivement dans les cas de placements d'office. Les enquêtes policières nécessitées par ceux-ci seraient mieux conduites par l'autorité judiciaire que par l'autorité administrative. Du reste, pour les placements volontaires, la justice a toute facilité de s'enquérir lorsqu'elle le désire, puisqu'elle est avisée par les préfectures dès qu'une admission de ce genre s'est produite.

Le cauchemar, la phobie des séquestrations arbitraires

disparaîtront-ils sous le régime de la loi Dubief ? Ce serait trop présumer, et je pense que l'auteur même de la loi ne se fait pas trop d'illusions sur ce point. En tous cas, même si l'on tient pour capitale la considération de la liberté individuelle à protéger, il faut admettre qu'elle n'est pas unique ; l'aliéné étant élevé à la dignité de malade a droit aux soins, même si l'autorité judiciaire conteste son affection psychique. Et puisqu'il est reconnu que les séquestrations arbitraires n'ont été que l'infime exception, si même il s'en est jamais produit, est-il bien logique de se baser sur l'exception pour légiférer. ?

Je n'aurais pas osé insister autant sur les dangers et inconvénients de l'intervention judiciaire, si j'avais eu le sentiment d'être à peu près seul de mon avis. Mais, il n'en est rien : un de nos confrères de Paris, le Dr Toulouse, avait, en 1903, consulté tous les médecins d'asiles sur cette question si controversée : sur 36 réponses, 18 sont franchement hostiles à la réforme ; 13 sont entièrement favorables, et 5 font des réserves. (*Revue de psychiatrie*, 1904) : je suis donc en bonne compagnie .Il semble que le législateur eût pu tenir compte de cette consultation et des critiques diverses formulées à cette occasion par mes confrères. Elles sont toutes le fruit de l'expérience, et la bonne foi et la sincérité de leurs auteurs ne sauraient faire doute. Elles méritent donc d'être prises en sérieuse considération.

B. Discussion des articles.

Après la discussion générale, la Chambre décida de passer à la discussion des articles. Le texte primitif fut très peu modifié,et en définitive les débats furent assez courts, puisqu'ils ne prirent que 4 séances, alors que la discussion au Sénat en 1886, avait exigé deux délibérations et absorbé 17 séances.

Le titre Ier de la loi Dubief consacre une dénomination nouvelle : les établissements destinés au traitement des maladies mentales ne s'appelleront plus « asiles » mais hôpitaux. Il paraît que l'avantage est réel, et il était proclamé depuis longtemps par nombre de mes confrères ; j'avoue qu'il m'échappe. Le terme asile me plaisait ; ne signifie-t-il pas refuge ? C'était bien un refuge, en effet,

pour l'infortuné privé de sa raison, un refuge contre l'indifférence, parfois la haine des voisins et des parents, un abri où l'aliéné trouvait aide et protection contre les méfaits de la destinée, où cet infirme se retirait, n'étant plus apte à la lutte dans le rude combat de la vie. Le mot d'hôpital ne modifiera d'ailleurs en rien les soins que l'aliéné recevait déjà, et si l'on désirait absolument changer quelque chose, c'était non le mot « asile », mais l'idée qui s'y attache dans le public, la méfiance injustifiée qu'il éveille et qui tient uniquement à la répulsion qu'évoque l'épithète de fous. Le nouvel hôpital restera l'hôpital des fous, et l'horreur qu'il inspire au public risque de n'être aucunement diminuée. Mais les mots ne sont rien en eux-mêmes : voyons donc ce qui se cache sous les articles de la nouvelle loi.

Le titre Ier est divisé en 2 sections : la première, comprenant 9 articles, est intitulée : « Des établissements destinés au traitement des maladies mentales et à la garde des aliénés ; des aliénés traités à domicile. »

L'article Ier est ainsi conçu : « L'assistance et les soins nécessaires aux aliénés sont obligatoires. » — L'expérience est là pour démontrer que, dans une loi, on ne saurait être trop sévère dans le choix des termes, de façon à éviter autant que possible toute ambiguïté d'interprétation. Or je trouve l'article Ier bien peu explicite : « obligatoires » pour qui ? sans doute les articles suivants éclairciront le texte, mais ne serait-il pas préférable d'établir d'emblée une rédaction précise ? J'ai déjà parlé de l'intérêt qu'il y a à définir le terme *légal* d'aliéné : la nécessité de cette définition avait été entrevue par le Sénat qui, on ne sait pourquoi, s'était borné à définir le but des établissements spéciaux : ce n'est pas tout de déclarer que l'asile ne recevra que des aliénés, il faut savoir ce que la loi entend par aliéné. L'article Ier ne pourrait-il être rédigé ainsi : « Est considéré comme aliéné : 1° tout individu atteint d'un arrêt de développement de ses facultés intellectuelles ; 2° tout individu présentant une perturbation passagère ou durable de ces facultés, constituant un délire susceptible de s'accompagner d'une abolition partielle de l'intelligence ou d'amener ultérieurement la disparition totale de celle-ci. » — Rentrent

dans la première catégorie : les débiles, les arriérés, les idiots et les crétins, enfants ou adultes ; dans la seconde, les fous proprement dits et les déments séniles. — Tout aliéné est un malade qui a droit au traitement et aux soins dans un établissement approprié à son état morbide. »

Puisqu'on tient tant, et avec raison, à proclamer après Pinel que l'aliéné est un malade, il ne serait peut-être pas inutile de l'inscrire expressément dans la loi.

L'article 2 organise des asiles spéciaux pour alcooliques, épileptiques, idiots et crétins. Le progrès ici est réel, et il n'y a qu'à se féliciter de voir aboutir les efforts si persévérants du rédacteur en chef de ce journal, M. le Dr Bourneville, qui avait déjà présenté dans ses rapports de 1889 et 1890 un éloquent plaidoyer en faveur des enfants arriérés. Toutefois, si pour ces derniers, des asiles-écoles et des écoles spéciales s'imposent, je ne vois pas la nécessité d'asiles distincts pour les buveurs, les épileptiques, les idiots complets. Des quartiers annexés aux asiles seraient suffisants. Outre la dépense considérable que la construction de tant d'asiles spéciaux entraînera, je vois un autre inconvénient. Les médecins chargés de ces services, déjà spécialisés, se spécialiseront plus étroitement encore : ce seront des spécialistes parmi d'autres spécialistes, et lorsqu'ils éprouveront le désir de changer de service, ce qui arrivera quelquefois je suppose, ils pourraient se trouver assez mal préparés à leurs nouvelles fonctions. Si mes idées prévalaient, l'article 2 pourrait subsister, sauf les mots : « dans l'attente d'asiles spéciaux. »

Quant aux *colonies familiales*, elles sont loin d'avoir fait leurs preuves comme moyen de traitement. Mais ce qui n'est pas démontré aujourd'hui peut l'être demain, et du moment que ces colonies sont simplement autorisées, non rendues obligatoires pour chaque département, je n'ai aucune objection à formuler.

Enfin, l'art. 2 admet la possibilité de l'assistance à domicile. — Assistance semble indiquer qu'il ne s'agit pas d'un mode de traitement, qui en effet serait des plus défectueux. Nous savons tous que la première condition, pour la curabilité d'une affection mentale, est que l'aliéné soit enlevé au milieu où se maladie a pris naissance.

L'assistance à domicile ne semble donc, d'après les termes de la loi, ne pouvoir s'appliquer qu'à des chroniques inoffensifs : encore serait-il désirable, à mon avis, qu'ils aient fait un séjour plus ou moins prolongé à l'asile, où le médecin apprécierait leur état avant de les confier soit à leur propre famille, soit à une famille étrangère. Il ne serait peut-être pas inutile non plus qu'ils soient visités de temps à autre par un médecin, qu'ils restent enfin soumis à une certaine surveillance. — A mon sens, tout ce qui, dans la loi nouvelle, est relatif au placement à domicile, devrait être revisé pour plus de précision dans les termes.

L'art. 3 tend à astreindre à l'autorisation préalable toute maison de santé, même ne recevant pas d'aliénés en principe ; cet article a été très discuté, réservé d'abord, puis adopté avec une légère modification présentée par M. Mirman. Désormais toute maison dite de santé, destinée à recevoir ou non des aliénés, sera obligatoirement soumise à l'autorisation. — Je ne puis, en ce qui me concerne, que donner mon approbation complète à cette disposition. Nous savons tous trop bien combien d'aliénés sont secrètement admis dans de prétendues maisons d'hydrothérapie, d'électrothérapie, massothérapie, etc., et les chefs de maisons de santé sérieuses, où l'on fait vraiment du traitement, seront les premiers, je n'en doute pas, à se féliciter de la décision de la Chambre.

Toutefois, j'estime que là encore l'absence d'une définition de la « maison de santé » est regrettable ; un texte très net avait été proposé au Sénat lors de la discussion de la loi Roussel : « Est qualifiée maison de santé toute maison où se trouvent traités un ou plusieurs aliénés. » Ce texte aura l'avantage de soumettre à la surveillance les maisons où l'on fera de « l'assistance à domicile », et étant donné les dangers de celle-ci (extorsion de signatures, soins insuffisants, etc.), une telle précaution n'est peut être pas superflue.

L'art. 4 oblige chaque département à avoir son asile dans un délai de dix ans. C'est le texte adopté au Sénat ; il n'y a qu'à approuver, tout en trouvant le délai un peu long.

L'art. 5, très important, maintient la Commission de

surveillance. Elle en prévoit même plusieurs dans certains départements, sans doute en prévision de plusieurs asiles. Cette commission comprendra : 2 conseillers généraux, 2 membres choisis par le Préfet, dont un docteur en médecine, le curateur dont il sera parlé plus loin, et un juge. — Pourquoi ce juge ? Je l'ignore. La Commission en effet n'a pas à s'occuper des placements, ainsi que cela avait été très bien établi au Sénat : elle n'a qu'un rôle administratif, et en ce qui concerne l'administration provisoire des biens des aliénés, dont elle reste chargée, un notaire ou un avocat eût, semble-t-il, bien mieux fait l'affaire qu'un juge du tribunal.

Les attributions de la Commission de surveillance sont bien mal indiquées dans le texte de la loi ; il faut espérer qu'elles seront parfaitement délimitées par le règlement d'administration publique qui nous est promis. Il est dit, en effet, que la Commission a une triple attribution : 1° elle remplit les fonctions de « Conseil de famille » à l'égard des aliénés non interdits. Que peut bien être cette fonction nouvelle ? Nous connaissons les conseils de famille réunis par les soins des juges de paix et comprenant divers parents de l'aliéné. Ces conseils sont fréquemment consultés actuellement au grand avantage des malades : ne le seront-ils plus désormais ? Ce serait de tout point regrettable, et certaines dispositions de la loi, dans les articles suivants, tendent à démontrer que mon interprétation est erronée. Alors, de quoi s'agit-il ? Si ce n'est que de l'administration provisoire des biens, pourquoi ne pas le dire expressément ?

2° La Commission exercera sur les asiles publics une surveillance administrative et financière. — 3° Elle contrôlera les asiles privés. La seconde de ces fonctions est d'un vague effrayant. C'est qu'en effet, à l'article 6, il est dit que le directeur est responsable ; c'est même la seule fois que le mot responsable est employé. Il faut donc en conclure que la Commission n'a aucune responsabilité; dès lors, quelle sera la nature des rapports entre la Commission et le directeur ? Donnera-t-elle simplement « des avis » sur les propositions qui lui sont soumises par le directeur ? Et le directeur sera-t-il tenu, sous sa responsabilité directe et personnelle, de suivre à la lettre un avis

de la Commission contraire au sien ? Enfin, la Commission aura-t-elle le droit d'initiative, quoique n'ayant aucune responsabilité ?

On a trop parlé à la Chambre des multiples conflits qui existent dans les asiles, le Gouvernement et nos représentants ont montré un trop réel souci de les éviter à l'avenir, pour que j'hésite à poser ici toutes ces questions, que le législateur de 1838 avait si fâcheusement oublié de solutionner.

L'article 6, très important encore, est relatif à la direction des asiles et maisons de santé. Pour les asiles, la direction appartiendrait au médecin en chef responsable. Je me suis déjà expliqué sur ce mot responsable appliqué uniquement au directeur: mais il convient d'insister sur le principe de la direction purement médicale des asiles que M. Dubief a vigoureusement défendu. J'ai été personnellement très heureux de constater l'hommage éloquent rendu par le rapporteur aux efforts et au zèle éclairé des médecins d'asile ; mais il faut avoir le courage de l'avouer : contrairement à l'opinion d'Esquirol, *tout n'est pas médical* dans le fonctionnement d'un asile, et si l'on veut bien ne pas se laisser égarer par le mirage des mots, on conviendra que la surveillance des cultures maraîchères, les démarches auprès des fournisseurs, et les mille détails futiles qui risquent d'accaparer la plus grande partie du temps du médecin, n'ont rien à proprement parler de médical. Aussi devons-nous savoir gré, ce me semble, à M. Mirman d'avoir réussi à faire accepter par la Commission un texte qui permettra au ministère, pour certains grands asiles et ceux de la région de Paris en particulier, de placer un administrateur à côté du médecin. Il est entendu que les fonctions de l'un et de l'autre seront étroitement délimitées par le Règlement du service intérieur.

La question des médecins-adjoints me paraît avoir été supérieurement traitée par M. Lefort, qui est membre de la Commission de surveillance de l'asile de Quatremares (Seine-Inférieure). — La nouvelle loi supprime tout simplement les médecins adjoints et les remplace par des médecins traitants. S'il n'y avait que changement de qualificatif, le mal ne serait pas grand ; nos jeu-

nes confrères, nous le savons bien, n'aiment guère ce mot d'adjoints, qui emporte à leurs yeux une certaine subordination. Cependant, jusqu'ici, je crois qu'ils avaient toujours été traités par leurs chefs comme des confrères, des collaborateurs et nullement des subordonnés. Ils pouvaient en apportant à leurs aînés un concours effectif, sans souci de la lettre du fameux règlement de 1857, un peu trop laconique à leur égard ; en témoignant pour les idées de leurs chefs le respect dû à l'expérience ; en se souvenant qu'en médecine mentale la pratique seule compte, les expressions nosologiques variant avec les époques ; ils pouvaient, dis-je, s'assurer dans les asiles une situation facile et agréable, parce qu'exempte du lourd souci des responsabilités. Peut-être, et il n'en faut accuser que leur jeunesse, n'ont-ils pas toujours bien compris la situation, et si certains d'entre eux ont pu éprouver quelque déconvenue, je crois qu'à la réflexion, et le temps aidant, ils reconnaîtront qu'ils ne peuvent vraiment s'en prendre qu'à eux-mêmes.

D'ailleurs, le ministère, plein de mansuétude et de bienveillance à l'égard des médecins-adjoints, leur avait déjà donné satisfaction par une circulaire récente, qui enjoignait de leur confier le service des chroniques. La circulaire n'avait oublié qu'une chose, de nous dire ce qu'il fallait entendre *administrativement* par chroniques. En réalité, cette circulaire devançait les temps, car une séparation des aigus et des chroniques, dans l'état actuel de nos asiles, est impossible.

Avec la nouvelle loi, les médecins-adjoints seront d'emblée médecins traitants et chargés d'un service distinct. Jusqu'ici, lorsqu'on réclamait, dans les Congrès, une réduction du stage des médecins-adjoints, véritablement en effet trop prolongé, l'Inspecteur général, représentant de l'Administration centrale, ne manquait jamais de faire observer qu'il y aurait un réel inconvénient à diminuer par trop la durée de ce stage : trois ans était un minimum jugé insuffisant. Aujourd'hui on a changé tout cela, et on n'exigera plus aucun stage : c'est le progrès !

La Chambre a pourtant reconnu que la médecine mentale exige des connaissances spéciales, longues à acquérir.

En vérité, ce ne sont pas tant des connaissances théoriques qu'il faut au psychiâtre, c'est l'expérience, qui ne s'acquiert qu'avec le temps et une fréquentation prolongée des malades. A côté du traitement proprement dit, malheureusement trop souvent illusoire, il y a l'*observation* de l'aliéné, lequel est suivi dans ses actes, ses propos, ses écrits, dans tous les menus faits de la vie ordinaire non seulement par le médecin, mais par tous les collaborateurs de celui-ci, internes en médecine, infirmiers, surveillants-chefs. Le médecin est renseigné par le rapport journalier des faits et gestes actuels de l'aliéné, et par sa famille il est mis au courant de ses antécédents héréditaires et de sa vie passée. Aussi peut-il trancher en connaissance de cause une foule de questions et rendre indirectement au malade une série de services dont celui-ci ne peut même se douter. En conseillant par exemple une séparation qui s'impose, un changement de résidence, l'abandon d'une profession, le médecin pourra arriver à faire sortir de l'asile un malade qui, incomplètement guéri, eût infailliblement rechuté sans ces précautions.

C'est parce que la pratique de la médecine mentale exige le contact continu du médecin et du malade que je m'élève contre la disposition de l'art. 6 qui autorise les médecins traitants à résider hors des asiles et à faire de la clientèle. Comment dès lors jugeront-ils de l'amélioration souvent très relative d'un malade, comment pourront-ils être en garde contre des apparences fallacieuses et apprécier à sa juste valeur telle ou telle réaction de l'aliéné dans une circonstance donnée ? L'avantage des asiles actuels est de permettre au médecin d'observer à la fois les curables et les chroniques, de les comparer entre eux, et au risque de sembler émettre une idée paradoxale, je prétends qu'il y a plus à apprendre au contact des chroniques que des curables. Les aigus, en effet, sont sous le coup d'accidents somatiques, d'états confusionnels qui masquent le délire futur qu'il présentera, si la guérison ne survient pas. Au contraire, chez le chronique, ces signes qui masquaient le délire ont disparu, et celui-ci s'organise, se systématise, apparaît dans toute sa pureté. C'est alors que le médecin est vraiment en présence d'un aliéné, d'un individu ayant perdu la raison.

M. Lefort a fait justement observer que le médecin traitant, faisant de la médecine générale, ne sera plus spécialiste. Ce n'est que trop certain, et l'on peut même dire que ce ne seront pas les médecins d'asile qui feront de la clientèle au dehors, ce seront les médecins du dehors qui feront passagèrement de la médecine mentale. Il suffira à d'anciens internes des hôpitaux d'étudier un peu plus les maladies du cerveau, de s'astreindre au besoin à un court internat dans un asile pour passer le concours de l'adjuvat, et on recherchera les asiles, au début de la carrière comme aujourd'hui l'on recherche les sociétés de secours mutuels ou les enfants assistés. Ce sera un appoint auquel renoncera vite le médecin si sa situation vient à s'améliorer. Et vraiment, avec des services de 200 à 250 malades, dont les 4/5 sont incurables, la visite dans l'asile ne lui prendra pas trop de son temps. Il aura du reste raison de ne pas s'attarder à son service psychiatrique, s'il veut pouvoir lutter à armes égales avec ses confrères de la ville. Une autre objection très grave est celle-ci : il y aura trop de disproportion, d'inégalité entre les divers postes. Le médecin traitant d'un asile situé dans une grande ville aura trop d'avantages sur celui qui sera appelé à exercer dans un établissement public placé dans quelque petite commune loin du chef-lieu.

D'ailleurs ce système de médecins traitants, libres d'exercer la médecine au dehors, a existé et existe sans doute encore dans divers quartiers d'hospices consacrés aux aliénés : on sait fort bien, au ministère, les résultats qu'il a donnés, et les maires, présidents des Commissions administratives de ces hospices, ont eux-mêmes dénoncé maintes fois la situation et réclamé un spécialiste.

Au surplus, personne d'entre nous ne demandait à exercer la médecine civile ; nous n'y sommes point préparés, et il serait injuste actuellement de réduire nos émoluments en argent ou en nature sous prétexte qu'il nous est loisible de faire de la clientèle. Nous n'ambitionnons que la faculté, que la loi devrait nous accorder en termes exprès, de donner des consultations sur les cas de notre ressort et de pratiquer les expertises judiciaires.

Il est une dernière disposition de l'article 6 que je ne puis laisser sous silence dans cet examen critique : c'est

le paragraphe qui organise en commission les médecins d'un asile, lorsqu'il y aura au moins 3 médecins traitants. Encore une Commission ! le besoin ne s'en fait guère sentir, car quel sera le rôle de celle-ci ? Il est dit qu'elle aura un *avis* consultatif sur toutes les questions d'ordre médical. *Questions d'ordre médical* est bien vague, et *avis consultatif* signifie qu'on pourra dans tous les cas négliger de le lui demander ou passer outre. D'ailleurs, même au sein de la Commission médicale, suppose-t-on que des divergences d'opinions ne se produiront pas ? Il a été dit, lors de la discussion de la loi à la Chambre, que, lorsque les médecins sont logés tous à l'asile, des difficultés surgissent souvent de cette trop constante promiscuité de diverses familles. C'est possible, en effet, mais alors pourquoi supposer que les médecins *seuls* s'entendront nécessairement ? Veut-on prétendre que les discussions sont provoquées par leurs dames ? Ce serait d'une galanterie douteuse. En réalité, il est, non pas à croire, mais, j'ose le dire, à souhaiter que l'entente entre médecins ne se fasse pas. Car j'estime que, si l'on désire que la médecine mentale réalise de plus rapides progrès, on doit laisser à chaque médecin la liberté de traiter ses malades comme bon lui semble : le temps jugera les diverses méthodes. Or si l'un des médecins de l'asile demande à la Commission de surveillance d'organiser l'alitement dans son service, les autres médecins, consultés en ce cas, je suppose, devront-ils se ranger aux idées de leur collègue ? Ou ils seront en désaccord d'opinions sur ce point purement technique, et le confrère devra-t-il renoncer à son projet ? ou bien, même étant d'avis opposé, ils émettront devant la Commission de surveillance un avis favorable, et celle ci ne manquera pas de s'étonner s'ils jugent l'alitement si efficace, qu'ils ne l'organisent pas eux-mêmes dans leurs propres services.

A propos de l'article 7, nous devons protester vigoureusement contre l'idée d'un concours sur titres pour la nomination des médecins traitants. De quels titres s'agira-t-il ? Pas de titres purement médicaux sans doute, car si l'on trouve que certains médecins peuvent faire de médiocres administrateurs, ce n'est pas lorsqu'il sera démontré que l'un d'eux a consacré sa vie à confectionner

des articles de revues ou des rapports de congrès qu'il devra être déclaré spécialement apte pour l'administration. D'ailleurs, cette disposition de la loi ne devrait pas avoir d'effet rétroactif, car lorsque les médecins actuellement en fonction ont été nommés, après le concours de l'adjuvat, il a été entendu, par décrets ministériels, qu'ils pourraient être nommés médecins en chef ou médecins-directeurs dans tous les asiles de France. M. Mirman a déclaré, au cours de la discussion, que le directeur serait le plus ancien des médecins traitants dans chaque asile : à la bonne heure, et ce titre n'est-il pas suffisant ?

Le même art. 7 spécifie que les nominations d'agents et infirmiers sont faites par le directeur : mais la Commission de surveillance doit-elle donner son avis ? Mes confrères savent que la question n'est pas oiseuse. Espérons que le règlement d'administration publique nous fixera nettement sur ce point.

Les articles 8 et 9 sont relatifs à la maintenue d'un aliéné dans un domicile privé. J'ai déjà dit dans quel sens ces articles gagneraient à être remaniés.

SECTION II. — *Surveillance des aliénés.*

L'article 10 (ancien article 11 du texte primitif) est relatif aux autorités ayant droit de visite dans les établissements d'aliénés. L'art. 11 réorganise le corps des inspecteurs généraux, qui seront nommés au concours. Ces articles, ainsi que l'art. 12, n'appellent aucun commentaire particulier, si ce n'est qu'ils multiplient beaucoup certaines formalités administratives dont nous espérions tous la simplification.

TITRE II. — *Des placements faits dans les établissements d'aliénés.*

Le titre II de la loi comprend 5 sections. La première a pour objet : Les placements faits sur la demande des particuliers. — La distinction entre placements volontaires et placements d'office est donc maintenue. J'avoue que j'aurais préféré, et je sais que plusieurs confrères partagent mon opinion, l'unification des placements : il paraît peu démocratique, en un temps où ce mot est si souvent employé, que les parents d'un aliéné riche puis-

sent disposer à leur gré de leur malade, soit pour le faire admettre, soit pour le faire sortir. L'observation m'en a été souvent présentée par les familles pauvres qui viennent solliciter la sortie d'un parent qui leur semble guéri : si l'on payait pour lui, disent-elles, vous ne pourriez pas me la refuser. Et c'est exact. A exiger que tous les placements soient d'office, ordonnés par l'autorité préfectorale il y aurait un autre gros avantage : c'est qu'ils rassureraient l'opinion publique dans presque, peut-être même dans tous les cas, parce qu'ils seraient nécessairement précédés d'une enquête qui pourrait fort bien être confiée à la justice.

Quoi qu'il en soit, voyons quelles formalités exige la nouvelle loi pour les placements volontaires. Elles sont plutôt compliquées : jugez-en. Il faudra : 1° une demande d'admission, ce qui est logique, mais cette demande devra être visée par le maire, le juge de paix ou le commissaire de police. Pourquoi ? Il est difficile de s'en rendre compte, puisqu'il est entendu que l'autorité judiciaire sera informée de tout placement de ce genre. Il y a un inconvénient du reste à ce mode de procéder : c'est que le secret d'une famille sera dévoilé et souvent mis à la merci d'un employé de bureau. — 2° Un rapport médical, datant de moins de huit jours, et circonstancié ; il indiquera la date de la dernière visite faite au malade, laquelle aura dû être notifiée au juge de paix ou au maire, les symptômes et les faits observés journellement par le médecin signataire et constituant la preuve de la folie, ainsi que les motifs d'où résulte la nécessité de faire traiter le malade dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir enfermé. — Ce rapport ne pourra être admis s'il est l'œuvre d'un médecin attaché à l'établissement. — 3° Enfin, l'acte de naissance ou de mariage du malade.

Et encore le placement ne sera-t-il que *provisoire*. Ce n'est qu'après un délai minimum de quinze jours que le tribunal civil pourra, sur le vu des certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine délivrés par le médecin de l'asile ou de la maison de santé, transformer, par un jugement rendu en chambre du conseil, le placement provisoire en un placement définitif.

Il va de soi que les objections ne manquent pas contre

un pareil enchevêtrement de complications. Les plus graves sont relatives au rapport médical ; et d'abord pourquoi ce mot rapport ? Le médecin n'a pas coutume de délivrer des rapports aux particuliers ; certaines autorités ont seul droit de requérir un rapport. Un certificat sur papier timbré, puisqu'il doit être produit en justice, suffirait parfaitement ; et ce certificat pourrait contenir toutes les indications que l'on demande au rapport. Parmi ces indications,on est surpris de voir que la dernière visite du médecin, dont la date devra être portée au certificat, aura été notifiée au maire ou au juge de paix : n'y a-t-il pas là une violation du secret professionnel ? Puis, quels sont les faits observés par le médecin lui-même et qui seront la preuve de la folie ? Le médecin constate bien des symptômes plus ou moins probants, car il n'y a pas de preuves de la folie, mais il n'est généralement pas témoin des faits et actes du malade, et s'en rapporte pour cela à l'entourage.

Le grand danger de ces obstacles apportés à l'admission des aliénés a été dénoncé maintes fois déjà ; c'est que le placement sera différé, au grand préjudice du malade, et lorsque la folie sera devenue patente, indiscutable, elle aura cessé d'être curable.

Je m'étonne aussi que le législateur de 1907 ait maintenu l'erreur de celui de 1838. Ils déclarent l'un et l'autre que le médecin attaché à l'établissement ne peut délivrer le rapport d'admission. Pourquoi cet ostracisme ? Le médecin d'un asile public est-il suspect d'avoir un intérêt quelconque à l'admission ? Ce ne peut être un intérêt pécuniaire à coup sûr ; mais si on le tient pour suspect, comment expliquer qu'on va, dès le lendemain de l'entrée du malade, lui demander son avis, et quinze jours après, le lui redemander ? Peut-être eût-il mieux valu solliciter cet avis la *veille* de l'admission, non le lendemain, car s'il est hostile au placement, on eût évité au malade le désagrément de l'entrée à l'asile. En tous cas, si l'on tient à ce que le certificat primitif soit établi par un médecin du dehors, nous demandons que le médecin de l'asile puisse être appelé en consultation et au besoin apposer sa signature à côté de celle du confrère. — Mais voyez combien le médecin de l'asile sera peu favorisé :

on lui permet de faire la clientèle, mais lorsqu'une famille, se fiant à sa compétence, viendra le consulter pour un aliéné et lui demander un certificat d'admission, il sera obligé de la renvoyer à un confrère. Les familles n'y comprendront rien, ni nous non plus.

Il est aisé de démontrer que le jugement du tribunal rendant le placement définitif n'a aucun avantage, mais beaucoup d'inconvénients. Que l'autorité judiciaire fasse une enquête sur les circonstances qui ont déterminé le placement d'un aliéné, rien de mieux ; qu'elle reçoive copie des certificats délivrés à l'asile, passe encore, malgré le surcroît d'écritures imposé à l'administration de l'établissement ; mais pourquoi sanctionner son opinion par un jugement ? Si le magistrat ne se croit pas suffisamment informé, qu'il fasse une contre-enquête ; s'il n'accepte pas l'avis du médecin traitant, qu'il ordonne une contre-expertise, et s'il est ensuite persuadé que la séquestration est justifiée, qu'il laisse les choses en l'état. comme cela se pratique actuellement ; un jugement ne s'explique que dans le cas où le tribunal croit devoir ordonner d'office la sortie.

Les inconvénients de ce jugement sont multiples : le malade se croira condamné, et même s'il vient à sortir, il restera stigmatisé du nom de fou, aux yeux de tous ses parents, amis ou voisins. J'ai vu mourir en quatre ou cinq jours un paralytique général peu avancé, après la réception d'un papier d'huissier l'informant qu'une instance en interdiction était introduite contre lui ; un autre, un malheureux débile, atteint soudain d'une confusion mentale grave, prélude d'une méningite qui l'emporta quelque temps après, par le seul fait de son passage devant un tribunal qui l'acquitta ! L'émotion d'un jugement peut donc avoir un retentissement imprévu sur un cerveau malade, et nous avons le devoir, nous médecins, de le proclamer.

Enfin, si le tribunal ne se range pas à l'avis du médecin traitant, et le fait se produira plus souvent qu'on ne pense, le malade, car il restera tel, sera-t-il mis dans l'impossibilité de se faire soigner, et la famille devra-t-elle encourir les risques d'un accès de fureur subit ? Les fous confirmés sont peu dangereux, parce qu'on s'en méfie ;

ce sont les aliénés au début, les individus sur les « frontières de la folie », à responsabilité discutable, qui sont le plus à redouter, et les faits divers des journaux sont là pour montrer que tel aliéné, devenu criminel, avait jusque-là paru inoffensif.

L'art. 14, devenu l'art. 13, appellerait encore bien d'autres réflexions, mais je ne puis insister davantage, et arrive à l'art. 15, qui donne au maire le droit de faire conduire de force par la police le malade récalcitrant. M. de Villebois-Mareuil, s'inspirant manifestement de la pratique, a réussi à faire accepter un amendement permettant aux maires de demander que le transfèrement soit opéré par le personnel de l'asile. C'est une mesure sage, qui en fait est fréquemment employée aujourd'hui. Mais il semble cependant qu'il y a ici une confusion dans la loi. Il est question de placements volontaires ; si le maire intervient, c'est un placement d'office, et cependant il n'y a encore aucun jugement de rendu par le tribunal. Jusqu'ici le soin d'amener le malade à l'asile revenait à la famille seule ; dans certains cas, on envoyait bien des gardiens, voire même des internes, mais c'était aux frais de la famille et par pure condescendance. Désormais, le maire exercera-t-il un droit de réquisition non seulement sur les gens de sa commune, mais encore sur le personnel des asiles d'aliénés ? C'est franchement inadmissible et l'article 15 ne doit s'appliquer qu'aux placements d'office. Encore devrait-il être établi que l'aliéné sera mis à la disposition du personnel de l'asile dans un local convenable, à l'hôpital par exemple, de façon que les infirmiers ne courent aucun danger.

L'art. 16 autorise les placements demandés par les malades eux-mêmes, les auto-placements. Les malades de cette catégorie devront être en état de payer directement leur pension.

L'art. 17 parle des placements à l'étranger, l'art. 18 n'intéresse pas le médecin, mais multiplie fâcheusement les paperasseries. Enfin l'art. 19 est celui qui institue le jugement rendant définitif le placement. Je me suis étendu suffisamment sur ce point pour n'avoir pas à y revenir ici.

L'art. 20 règle la situation de l'aliéné transféré d'un

établissement dans un autre. — L'art. 21 maintient les registres de la loi, qui font perdre un temps si précieux aux médecins, sans aucune utilité pour personne. Nous demandons la suppression du 3e paragraphe, astreignant le médecin à consigner les changements survenus dans l'état du malade. Une modification temporaire dans la situation mentale de l'aliéné n'intéresse que le médecin, et lorsqu'il y a guérison, le praticien réclame la sortie par un certificat spécial, sans que le malade ait à attendre qu'une autorité quelconque ait jeté les yeux précisément sur le folio 6 le concernant et où serait mentionnée sa guérison (art. 22).

L'article 23, relatif aux sorties des malades volontaires, reproduit les dispositions de la loi de 1838, mais sans plus de clarté. L'énumération des personnes ayant droit de faire sortir un malade volontaire a-t-elle une valeur hiérarchique en quelque sorte, c'est à dire l'avis du conjoint passe t il avant celui des parents, et ce dernier l'emporte-t il, en cas de conflit, sur l'avis de la personne qui a demandé le placement ? On n'a jamais bien su ce que venait faire ici le conseil de famille ; pour ma part, je ne l'ai jamais vu consulter, et lorsqu'un malade est amélioré et que quelqu'un réclame sa sortie, s'il n'y a point de parent, on ne faisait nulle difficulté de lui confier le malade : le cas est très rare du reste, car il suppose le décès de la personne qui a sollicité l'admission.

Seulement, si tant de monde peut requérir la sortie même avant guérison, je me demande à quoi rime le jugement du tribunal. Celui-ci, après s'être longuement renseigné, ordonne le placement définitif, et le lendemain, un parent quelconque peut se présenter à l'asile et retirer le malade !

Je sais bien qu'un paragraphe de cet art. 23, calqué sur un semblable de la loi de 1838, donne au médecin traitant le pouvoir de s'opposer à la sortie et d'en référer au préfet et au procureur. Mais nos législateurs auraient tort de croire que nous faisons un usage courant de ce droit : je connais des médecins qui ont parcouru toute leur carrière sans *jamais* y avoir recours. Pour mon compte, je l'ai invoqué bien rarement, deux ou trois fois peut-être, et toujours en me basant, non sur mon opinion

personnelle mais sur des faits, à savoir les actes commis par le malade soit au dehors, soit à l'Asile même.

L'art. 24 autorise le préfet à ordonner la sortie sur avis conforme du médecin traitant. Cette disposition a-t-elle trait aux malades simplement améliorés? Ce serait parfait mais il ne semble pas, d'après le texte, que le médecin ait l'initiative de la demande de sortie, ce qui est regrettable. De plus, il y a une étrange restriction : la personne qui a signé la demande d'admission peut faire opposition ! C'est, à mes yeux, une simple monstruosité : car si le tribunal donne raison à l'opposant, jamais le malade ne pourra sortir, et il sera complètement au pouvoir de la personne qui l'aura fait interner. Vous entendez bien que, mis en demeure, sous menace, de dire s'il garantit la guérison, le médecin s'y refusera absolument: on ne peut pas certifier de façon absolue la guérison d'un aliéné. Si l'on tient à éviter les séquestrations illégales, il est indispensable de supprimer ce paragraphe. L'article du reste devrait être modifié dans son entier. L'art. 25 est de pure forme.

SECTION II. — *Des placements ordonnés par l'autorité publique ou placements d'office.*

Les dispositions de la loi de 1838 en matière de placements d'office sont maintenues à peu près textuellement, et complétées sur certains points. C'est le Préfet, comme actuellement qui ordonne les placements d'office ; il devra exiger un certificat médical aussi circonstancié que le rapport pour placements volontaires, ce qui démontre bien que j'avais raison de dire que le mot certificat suffisait.

Un reproche que j'adresserai au nouveau texte, comme d'ailleurs à celui de la loi de 1838, est de ne pas préciser suffisamment quelles catégories d'aliénés devront être placés d'office : s'agit-il des aliénés réputés dangereux, ou bien de tout aliéné indigent, qu'il soit ou non jugé dangereux ? A la vérité, tout aliéné est ou peut devenir dangereux ; c'est pour cela que nous désirons l'internement de tout aliéné, quel qu'il soit ; mais jusqu'ici les maires ne demandaient, et les préfets n'accordaient bien souvent le placement d'office que si l'aliéné avait commis quelque acte nocif. Cette pratique est éminemment

fâcheuse, tant pour le malade que pour la société ; c'est la raison qui nous porte à demander un texte à la fois plus bref et plus expressif. — L'art.26 déclare que devra être placé d'office : « tout aliéné qui, laissé en liberté, compromettrait la sécurité, la décence ou la tranquillité publiques, sa propre sûreté ou sa guérison ». Je suis de ceux qui pensent qu'un aliéné en liberté compromet toujours sa guérison, lorsque celle-ci est encore possible. C'est pourquoi je demande que tout aliéné, indigent ou non, soit traité quelque temps à l'asile ou à la maison de santé, et qu'on laisse au médecin traitant le soin de désigner, s'il désespère ultérieurement de la guérison du malade, quel mode d'assistance pourra lui être appliqué (colonie familiale, traitement à domicile, etc.). Il y aurait évidemment plus d'admissions, mais aussi plus de sorties et plus de guérisons ; et peut-être le public, se rendant compte que l'asile n'est plus un lieu duquel on doit perdre toute espérance de sortir, dès qu'on en a franchi le seuil, modifierait-il bien vite son sentiment sur les établissements d'aliénés.

Les art. 27 et 28 ne soulèvent aucune critique. – Au sujet de l'article 29, relatif au séjour que doivent faire les aliénés dans les hôpitaux avant leur transfert à l'Asile, M. Cazeneuve, qui est médecin, a rappelé que parfois des malades atteints de *délires symptomatiques* avaient été indûment placés dans un asile d'aliénés. Cette question des délires symptomatiques avait déjà bien des fois été traitée dans nos Congrès, et l'on était généralement d'accord pour déplorer le fait. J'avoue ne pas voir le mal. Je suppose en effet que le médecin aliéniste, en même temps qu'il posait le diagnostic exact, a soigné le malade en conséquence, l'a guéri souvent : dès lors de quoi se plaindrait ce dernier ? n'a-t-il pas été mis dans « l'hôpital des maladies nerveuses », n'a-t-il pas reçu le traitement qui convenait à son état ? A moins que l'on ne veuille admettre qu'il y a je ne sais quoi d'infamant à avoir séjourné dans un asile d'aliénés !

L'art. 30 et l'art. 31 maintiennent, le premier, les certificats immédiats et de quinzaine pour les placements d'office, le second les rapports semestriels déjà existants, pure paperasserie dont nous espérions tous la suppression.

. . . .

L'art. 23, autorisant la transformation en certains cas du placement volontaire en placement d'office, me semble faire double emploi avec les derniers paragraphes de l'art. 22.

Enfin les art. 33 et 34, qui terminent la section, sont de pure forme (*A suivre.*)

CLINIQUE MENTALE

Les fugues dans les psychoses et les démences;

Par le Dr Maurice DUCOSTÉ

Suite (1).

Les fugues de la folie intermittente (folie circulaire, folie maniaque-dépressive, etc.) n'existent, à ma connaissance, que dans les phases maniaques de la psychose. L'observation II se rapporte à un cas de folie maniaque non délirante. La fugue a les caractères suivants : consciente et voulue par le malade (bien que sans motif), elle reste parfaitement amnésique et bien coordonnée : elle s'accompagne d'agitation psychomotrice, de tendances et d'excès érotiques et alcooliques ; la brusque cessation de la fugue et le retour du malade à son domicile montrent bien l'influence de ces rémissions soudaines, parfois très courtes, fréquentes au cours des accès maniaques. Ces caractères, joints à l'ensemble symptomatique habituel de la manie, permettent facilement de rapporter ces fugues à leur véritable cause.

Comme le malade de l'observation II dans ses premières années, il y a, semble-t-il, beaucoup d'intermittents qui vivent en dehors des asiles parce que leurs réactions ne les mettent pas en conflit violent avec la société, mais à qui leur psychose, encore fruste, fait commettre une foule d'actes considérés généralement comme dus à la « déséquilibration, l'originalité, la dégénérescence ». Ces malades pour lesquels l'internement ne s'impose guère que vers la période d'involution pré-sénile, pré-

(1) Voir *Archives de Neurologie*, n° 1, janvier 1907, page 38.

sentent des accès légers de manie dans lesquels ils commettent volontiers des fugues plus ou moins caractérisées. Un de nos amis qui est certainement un de ces circulaires frustes, a fait pendant cinq années consécutives, toujours au printemps, et pour des motifs dont l'insignifiance était patente, des fugues rappelant celles du malade précédent. Voici une autre observation de fugues chez un maniaque non délirant :

Observation III. — X., ingénieur civil, actuellement âgé de 53 ans, entre une première fois à la maison de santé de Ville-Evrard, au mois de septembre 1905, y demeure deux mois, y est interné pour la seconde fois au mois d'août 1906. Diagnostics antérieurs : « Excitation maniaque, manie aiguë ». Père et mère morts de vieillesse, sans troubles mentaux ; un frère et une sœur sont morts poitrinaires ; sept autres frères et sœurs sont morts de maladies indéterminées.

Marié, le malade a eu deux enfants : un fils et une fille bien portants. Il a eu quelques crises de colique hépatique ; a été condamné, dans sa jeunesse, comme tuberculeux. Son intelligence est au-dessus de la moyenne.

Il a passé toute sa vie par des périodes d'affaissement parfois très marquées et poussées jusqu'à l'inertie à peu près complète ; et des périodes d'excitation plus ou moins violente. Il a été interné une première fois, pour accès maniaque, de mai à juin 1892 : il avait alors 39 ans.

De 1892 à 1903, il a pu rester en liberté, mais a été, ces trois dernières années, interné six fois. Il s'est évadé, à deux reprises, de maisons de santé particulières. Il a généralement deux accès maniaques-dépressifs par an. L'accès maniaque dure six semaines environ ; l'accès mélancolique huit semaines ; il demeure ensuite normal pendant plusieurs mois. A chaque accès maniaque « il vivrait de champagne » (il est sobre à son ordinaire), commet des excès sexuels, jette son argent par les fenêtres, et s'échappe de chez lui pour venir à Paris mener une vie désordonnée.

Dans sa dernière fugue (juin 1906), il a fui brusquement le domicile conjugal, et est venu à Paris où il a dépensé son argent dans les cafés et s'est fait arrêter un matin à 4 heures pour scandale sur les boulevards. Il donne de ces fugues des explications specieuses. « N'est-il pas libre ? N'est-on pas en République ? » etc., mais son accès terminé, il regrette sa conduite et l'attribue franchement à son dérangement cérébral.

Les observations II et III se rapportent à des maniaques non délirants ; les observations IV et V à deux cas de manie délirante.

Observation IV.— X. représentant de commerce, actuellement âgé de 40 ans (1903). Mère, 70 ans, bien portante. A eu des crises de nerfs alors qu'elle était enceinte de notre malade (éclampsie ?) Père. sans tare nerveuse ou mentale, mort à 51 ans de pneumonie. — Un frère alcoolique (?) ou tout au moins « ne supportant pas la boisson », marié : un enfant de 3 ans, atteint de tumeur blanche du genou. — Une sœur bien portante, mariée : trois enfants, bien portants : l'un d'eux a eu, à 6 ans, une méningite (?) qui a guéri.

X. s'est marié à 32 ans, en 1895. Il n'a pas eu d'enfants. Sa femme a fait une fausse couche à six semaines. En 1894 « accès de fièvre chaude à la suite de déceptions » ; le malade s'est jeté par la fenêtre. Pas d'autres renseignements. Depuis cette époque, il a régulièrement deux accès maniaques chaque année. Chaque accès dure un mois à six semaines et est suivi d'un accès de dépression mélancolique d'une durée un peu moindre. A chaque accès maniaque le malade fait des fugues.

De 1896 à 1903, il a été interné cinq fois à l'occasion de fugues particulièrement extravagantes, mais il en à fait un nombre beaucoup plus considérable. En 1895, huit jours après son mariage, il a eu un accès de délire, avec agitation, qui a duré peu de temps et à la suite duquel il est resté un mois très affaissé.

L'année suivante, il est interné pour la première fois (asile du Mans), à la suite d'une fugue d'Angers à Paris. Il était très exalté depuis quelques jours, disait qu'on lui faisait des avanies dans son administration. Il partit brusquement; adressa de Paris une dépêche à sa femme : « Vais voir le ministre ». Quelques jours après on le trouva errant dans les environs du Mans avec une blessure grave à la tête. Il avait complètement perdu le souvenir des jours précédents (amnésie traumatique) ; à l'asile, où il resta six semaines, la mémoire lui revint peu à peu.

Les autres fugues sont calquées sur la précédente : il a des cauchemars, puis s'agite, ne dort plus, cherche querelle à sa femme, a du délire de paroles et d'actes, de l'excitation génitale, arrête les femmes dans la rue, ameute les passants en criant : « qu'il a couché avec elles et passé une bonne nuit », etc., puis part brusquement plus ou moins loin ; parfois il déménage simplement d'un quartier à un autre. Il est ramené chez lui, les vêtements en désordre, les souliers usés, sans chapeau, conscient du chemin qu'il a parcouru, indiquant le but qu'il s'était fixé : voir un de ses parents, aller déjeuner dans un restaurant de banlieue, etc. La crise passée, il recouvre le sommeil, dort même chaque nuit longtemps et profondément, est apathique, déprimé, triste.

Pendant ses crises d'excitation, il a de la diarrhée, des sueurs froides aux deux mains « les jambes glacées jusqu'aux genoux »

la tête congestionnée, les yeux brillants ; il mange très peu et maigrit beaucoup.

OBSERVATION V. — X., ingénieur, actuellement âgé de 33 ans. — Grand'père mort dans un asile d'aliénés à l'âge de 80 ans. — Une sœur mélancolique.

Le malade a eu de 16 mois à 7 ans, quatre ou cinq crises convulsives qui débutaient par des vomissements et qui s'accompagnaient de cri, écume à la bouche et miction. Depuis, cinq ou six fois, des vertiges de quelques secondes, de 18 à 20 ans notamment. Il se souvient qu'étant à Lourdes, il a eu pendant quelques minutes « une espèce de nirvanah » marchant automatiquement, mais sans aucune pensée. Il présente de nombreux « stigmates de dégénérescence ».

Il est entré à 18 ans à l'Ecole Polytechnique, en est sorti deux ans après très fatigué, « très neurasthénique ». Il devint rapidement sombre, déprimé, sans pouvoir donner de raisons de ce changement d'humeur. Après un an passé à l'école de Fontainebleau, il donne sa démission pour se livrer à l'industrie, fait des voyages d'études à l'étranger ; pris du désir d'entrer dans les ordres, il est admis en 1898 au Grand-Séminaire, mais en sort au bout de quatre mois pour raisons de santé : est chargé d'une mission industrielle aux Antilles, la remplit exactement, mais revient en France plus malade ; est très déprimé, mélancolique, inactif, se plaint d'une fatigue perpétuelle : entre temps fait des excentricités multiples, reste un an sans sortir de chez lui.

Placé en novembre 1900 dans une maison de santé dont le médecin traitant porte le diagnostic de « neurasthénie psychique ». — Périodes de stupeur. — Sorti cinq mois après son entrée, il reste à Paris dans une maison de famille pendant six mois environ : il y commet une foule de désordres, vagabonde la nuit au hasard, est tantôt taquin, querelleur, agité, tantôt déprimé, triste. Il a des pertes séminales. Traitement « reconstituant ».

Finalement est placé à la maison de Ville-Evrard, en juillet 1901. Etat maniaque. Violences. Délire incohérent. Il se calme rapidement, a nettement conscience de son état mental, présente à nouveau un accès maniaque, se dit anarchiste, accuse le cuisinier de mettre du poison dans les aliments, a quelques idées de persécution. Sort onze mois après son entrée, un peu énervé. Voyage et reste à la campagne pendant six mois. Revenu chez lui, il se livre à des violences et menaces diverses, est interné dans un asile de province dont il s'évade au bout de deux mois, reste quelque temps chez lui, où on peut le garder « en usant de beaucoup de patience. »

En mars 1905, il part brusquement de chez lui, parcourt à pied

une cinquantaine de kilomètres, arrive chez un de ses parents, les vêtements déchirés et boueux, après avoir laissé à l'orée d'un bois sa montre, ses clefs, son épingle de cravate et même son dentier. Il repart quatre jours après, et retourne, toujours à pied, chez ses parents, où il arrive nu ; dans son voyage, en effet, il s'est disputé avec la femme d'un éclusier, s'est jeté à l'eau et a laissé ses vêtements sur la rive « les trouvant trop lourds », dit-il. A la suite de cette fugue, il est interné pour la seconde fois à Ville-Evrard (mars 1905). Il est, dès son entrée, déprimé, avec quelques raptus, état qui persiste jusqu'en juillet 1906, où le malade entre dans une phase d'agitation maniaque.

Voici l'observation d'un débile circulaire qui a fait de nombreuses fugues dans ses périodes de manie.

Observation VI. — X., 17 ans, entre à la maison de santé de Ville-Evrard, le 4 juillet 1906, avec le diagnostic de « dégénérescense mentale », etc. La mère a eu une méningite avant la naissance du malade. L'arrière grand-père maternel a été atteint d'épilepsie tardive. Un oncle maternel a été épileptique jusqu'à l'âge de 24 ans ; est actuellement guéri. Une tante et un arrière grand-père sont morts de méningite. Un frère est interné à Ville-Evrard (notre observation VII). Le grand-père est un savant distingué, le père occupe une haute situation dans l'armée. La famille est riche en intellectuels névropathes.

Le malade est un type de circulaire : il a des périodes de dépression d'une dizaine de jours environ, où il reste dans le mutisme et la stupeur, devient gâteux. Les périodes d'excitation suivent sans transition, durent de 2 à 4 mois : état maniaque avec langage caractéristique, actes délictueux de toutes sortes, fugues, insomnie, tendances à déchirer et à briser tout ce qui lui tombe sous la main, violences : quelques jours avant son entrée à Ville-Evrard, a assommé à demi son concierge « dont la tête ne lui revenait pas. » Dans les intervalles où il est « normal », sa débilité mentale est évidente. Il est très en retard pour ses études qu'on a dû lui faire cesser d'ailleurs ; n'a aucune connaissance exacte sur quoi que ce soit. A la Maison de santé de Ville-Evrard, nous avons pu examiner le malade dans ses trois phases : maniaque, mélancolique et normale.

Fugues : 1° Il y a un an environ, il sort de chez lui le matin vers 8 heures, se promène dans Paris pendant quelques heures, arrive à la gare de l'Est, va au bureau des renseignements, se fait indiquer le train pour Metz, monte dans un wagon, sans billet et sans argent, arrive à Metz d'où il est rapatrié par les soins de sa famille.

2° Quelque temps après, il part de Paris à 2 heures de l'après-

midi, se rend à la gare Saint-Lazare, pénètre sur le quai du départ, attend que le contrôle des billets du train pour le Havre soit terminé, monte dans un compartiment, toujours sans billet et sans argent, arrive au Havre où il va loger chez une cousine.

3° Celle-ci lui donne un billet pour Paris et met le malade dans un wagon, en le recommandant au chef de train. Arrivé à Rouen, il s'échappe, jette son billet, prend le train pour Dieppe, y arrive la nuit, monte sur un bateau en partance pour Newhaven où son état d'excitation le fait remarquer et remettre à terre. Les parents viennent le chercher à Dieppe.

4° Un autre jour, il se rend de Paris à Versailles, à pied, en longeant la voie du chemin de fer, monte dans un train partant pour Brest, y parvient, est arrêté pour avoir voyagé sans billet et ramené à sa famille.

Lorsqu'on demande au malade le motif qui a pu le pousser à faire ces fugues, ses explications sont différentes selon qu'il est dans son état normal de débilité intellectuelle ou dans la phase maniaque de sa psychose. (Dans sa phase mélancolique, il n'est pas possible d'obtenir de réponses). Normal, il avoue que ses fugues n'avaient pas de motif. « Pourquoi il est parti, il n'en sait trop rien lui-même », et il est curieux de voir qu'ici le malade répond non comme les débiles, qui tentent, avec leurs faibles moyens d'invention, de légitimer leurs fugues, mais comme les circulaires revenus au calme. Dans ses phases maniaques il donne de ses fugues des explications d'ailleurs inacceptables. Il a été à Metz « pour voir la fameuse porte de la ville, une porte de marbre recouverte de terre » : au Havre « pour voir la jetée et la mer » ; à Brest « pour coucher avec les matelots », etc..

En somme, ces fugues sont bien calculées, conscientes, et ont un but. Le souvenir en est conservé intact et le malade les raconte dans leurs moindres détails.

Les deux observations suivantes sont des exemples de fugues accomplies par des malades atteints de *debilité mentale*. Le premier est le frère aîné du circulaire précédent.

Observation VII. — X., 19 ans, entre à la maison de santé de Ville-Evrard, au mois de janvier 1905, avec le diagnostic de « dégénérescence mentale ». C'est un débile congénital ; il a des notions très obscures sur les éléments des sciences qu'on a essayé de lui inculquer. Il a été en retard pour parler et marcher. Dès son enfance, il a montré une religiosité exagérée, voulait se faire prêtre, et passait ses journées dans les églises, se sauvait de chez lui pour aller jouer de l'orgue et sonner les cloches. Querelleur,

taquin, violent, grossier en paroles et en actes. Masturbateur invétéré.

Fugues : 1° Il part à pied, un soir de juillet 1901, où il avait fait quelques excès sexuels, et arrive vers minuit en suivant la voie du chemin de fer à une ville située à 15 kilomètres de chez lui. Il couche près de la gare ; au petit jour, il monte sans billet dans un train et voyage ainsi pendant 4 heures ; il tente de changer de train, mais est arrêté parqu'il n'a pas de billet, conduit à la gendarmerie où sa famille envoie le prendre. Il explique sa fugue par des excès de boisson.

2° Un an après, il repart à pied, fait 20 kilomètres dans la nuit, en suivant la voie du chemin de fer ; est arrêté au moment où il va prendre le train à une gare. Il explique cette fugue par la colère où l'avait mis une dispute avec un de ses camarades.

3° Il part peu de temps après toujours à pied, passe la nuit à errer dans une forêt. Revient spontanément chez lui. « Il avait voulu faire une promenade. »

4° Au mois de janvier 1905, quelques jours avant son internement, il se dispute avec un passant, lui crache au visage, se sauve, saute dans un train de ceinture, arrive à la gare du Nord, monte dans un train en partance pour Montdidier, est arrêté sans billet, dans cette gare, et revient à Paris avec l'argent envoyé par sa famille. Il a fait ce voyage « pour échapper au passant qu'il avait injurié. »

Il a fait bien d'autres fugues, la plupart du temps en chemin de fer : il s'introduisait avec adresse dans la gare, se cachait dans la cabine du serre-frein, et lorsque le train était en route, descendait dans un wagon. Il donne de toutes ces fugues des explications puériles semblables aux précédentes.

Observation VIII. X., employé de commerce, âgé de 30 ans entre à la Maison de santé de Ville-Evrard en septembre 1905 avec le diagnostic de «Confusion mentale, idées hypocondriaques, hallucinations auditives, tendances au suicide. » Une tante est morte aliénée. Un cousin germain est interné à Sainte-Anne. Le malade a toujours eu une intelligence très bornée : il n'a pu faire ses études ni rester chez aucun de ses patrons. Il a contracté une double otite sèche au régiment et il a l'ouïe très dure depuis cette époque. En octobre 1904, il s'est plaint de l'estomac, a refusé de manger sous prétexte que son père, alors gravement malade, ne mangeait pas. Il a eu quelques idées de persécution contre ses amis et ses clients. Il a fait une tentative de suicide par défénestration et a été interné dans une maison de santé particulière où il est resté un mois.

A sa sortie, il refuse encore de manger, dit qu'on le dévisage dans la rue, qu'on se moque de lui ; il voit le diable qui lui prédit une mort prochaine. Interné à nouveau pendant deux mois.

Rentré chez lui, il reste inactif, se plaint de bruits de sifflement dans les oreilles, accuse le médecin traitant de la maison de santé dont il sort d'être la cause de ces bruits. — Mutisme pendant plusieurs mois. Il se met bientôt à vagabonder la nuit, ne rentrant qu'à 7 heures du matin. Il donne pour raison de ces promenades nocturnes que ses bourdonnements d'oreilles l'empêchent de dormir et le contraignent à se lever. Enfin, il disparait et reste absent quatre jours. On ne sait ce qu'il est devenu lorsqu'on reçoit une carte-postale avertissant qu'il est au poste de police à Rouen. En effet, on l'y retrouve. Il est parti sans argent dans un train à destination de Rouen : il n'avait pas de billet ; à la gare il voulait reprendre le train pour Paris : on l'amena au poste où il resta quatre jours sans parler ni manger, ne voulant pas écrire à sa mère, sous prétexte qu'elle n'ajouterait pas foi à sa fugue. De retour chez les siens, il explique sa fugue « par bêtise, par toquade. Je voulais voir du pays, prendre l'air. »

Quatre ou cinq jours après, il veut repartir, brutalise sa mère qui tente de le retenir, fait du scandale dans la maison, sort finalement et ne rentre qu'à cinq heures du matin. Il est alors interné à la maison de santé de Ville-Evrard.

C'est un débile congénital avec un stock d'idées et de connaissances très restreint. Il bégaye, sourit niaisement à toutes les questions qu'on lui pose, il interprète ses sifflements d'oreilles et en donne des raisons variables : « C'est Dieu, c'est Femina ; c'est du Robert-Houdin, de la fantasmagorie » De temps en temps il a des impulsions subites qu'il excuse par l'agacement que lui produisent ses sifflements d'oreilles : il casse alors des carreaux de vitre à coups de poings ou de tête. Sorti de la maison de santé au mois d'avril 1906, il ne tarda pas à se faire réinterner à l'asile de Ville-Evrard à la suite d'une autre fugue et excentricités niaises de divers ordres.

On voit les caractères de ces fugues des débiles : ils partent subitement, se donnent un but, savent où ils veulent aller, ont un souvenir net de tous les détails de leur voyage. Ils récidivent fréquemment. Le dernier malade est certainement un débile, mais il est peut-être aussi un dément précoce ; la démence précoce peut frapper les malades d'un faible niveau intellectuel. D'ailleurs les fugues des débiles et certaines fugues des déments précoces sont très semblables. Les fugues de notre malade VIII seraient des « fugues d'impulsion » si le diagnostic de démence précoce se confirmait. Je renvoie à mon premier mémoire pour l'exposition des caractères de ces fu-

gues. — *La folie morale* donne fréquemment lieu à des fugues.

Observation IX. — X. 28 ans, entre à la maison de santé de Ville-Evrard au mois de mars 1905 avec le diagnostic de « troubles nerveux caractérisés par des impulsions, par des actes répréhensibles et délictueux », etc. Deux grands-pères alcooliques ; deux nièces aliénées : un frère bègue.

Le malade n'a jamais pu faire ses études, non qu'il fut d'une intelligence trop inférieure, mais par absence d'application, et incapacité de se plier à une règle. A 11 ans, il eut une fièvre typhoïde grave avec délire pendant dix jours et dix nuits. Après sa guérison, il fut mis successivement dans divers collèges desquels il s'échappa et d'où sa mauvaise conduite le fit renvoyer. Envoyé en Tunisie chez des parents, grands agriculteurs, il mène une vie déréglée, fait des dettes, disparaît pendant un mois, retourne en France où on le place dans une maison de correction d'où il s'évade au bout de quelques semaines, non sans s'être approprié frauduleusement des sommes importantes.

Rappelé près des siens, dans l'Est de la France, il s'arrête à mi-chemin, se fait héberger par une dame amie de sa famille, lui vole ses bijoux et file sur Paris. Engagé aux dragons, il déserte au bout d'un mois. On le retrouve à Bruxelles ; il est placé en observation au Val-de-Grâce et réformé pour « inconscience et manie ambulatoire ». Il se rend alors en Angleterre où il reste six mois, pendant lesquels il aurait eu plusieurs crises hystériformes.

Deux ans après sa réforme, il s'engage aux Spahis, déserte six mois après, est encore retrouvé à Bruxelles, et réformé une seconde fois. Il vient alors à Paris, commet des vols et autres actes délictueux, part subitement pour Bruxelles, puis pour Londres et l'Ecosse. Il se marie avec une Anglaise à laquelle il fait croire qu'il a une grosse fortune, a trois enfants (bien portants). Quitte cinq ou six fois sa femme pour faire des fugues à l'étranger avec des femmes de rencontre. Il est extrêmement menteur « ne peut pas dire la vérité » invente de toutes pièces des histoires compliquées romanesques, qu'il affirme être vraies.

Grande faiblesse de la mémoire : il est forcé de tout écrire : il localise très mal dans le passé les faits de son existence. Il boit de l'absinthe, ne s'enivre pas facilement. Il passe par des phases de dépression et d'excitation, mais fait des fugues indirectement dans l'une et l'autre. Il n'est d'ailleurs ni méchant, ni malfaisant ce qui ne l'empêche pas d'avoir ruiné toute sa famille qui occupant des situations en vue, a toujours désintéressé les dupes de ce malade. Interrogé sur les vols, les fugues, etc... qu'il a commis il avoue tout sans réticences ni atténuations. Il est poussé, dit-il, par une force invincible, est angoissé tant qu'il n'a pas exécuté

l'acte dont il a l'idée. Il cède tout de suite, sans réfléchir aux conséquences, sans lutte aucune. Il se sent alors soulagé et tranquille; ce n'est qu'ensuite qu'il se rend compte de la gravité de ses actes ; il n'en éprouve aucun remords ; il reste indifférent. Les fugues sont accomplies en pleine conscience.

La multiplicité des fugues, qui ne s'accompagnent d'aucun caractère morbide particulier et font partie en quelque sorte de la mentalité même du sujet, l'absence de volonté et de moralité du malade donnent à ces actes un cachet suffisamment spécial pour qu'on n'ait pas à y insister davantage.

Les fugues démentielles sont à étudier chez les paralytiques généraux, les séniles, les organiques, et les déments précoces sur lesquels je n'ai plus à revenir.

Lorsque *les paralytiques généraux* font des fugues à la période d'état de leur maladie, ces fugues frappées au coin démentiel, avec cette absurdité dans les détails qui semble l'apanage des paralytiques appellent en quelque sorte le diagnostic. Il n'en est plus de même au début de la maladie, à la période, justement dénommée « médico-légale » alors que la démence est légère et que les malades semblent même parfois d'une intelligence très éveillée. Cependant il est des cas où la véritable cause de la fugue ne saurait passer inaperçue. Un de nos malades, entré tout récemment à la Maison de santé de Ville-Evrard a fait, au début de sa maladie, une fugue et une tentative de suicide pathognomoniques ; un soir, alors qu'il était encore soigné chez lui pour « neurasthénie rhumatismale » il échappa à ses gardes et ne reparut que le lendemain matin. Il raconta qu'il était descendu vers la rivière avec l'intention de s'aller noyer ; mais s'étant aperçu qu'il pleuvait et que ses vêtements étaient traversés par la pluie il pensa que l'eau serait bien froide pour le rhumatisant qu'il était. Il remit donc son suicide à plus tard, se coucha sur la berge et s'endormit jusqu'au matin. Voici un exemple de fugue chez un paralytique général confirmé.

OBSERVATION X. — X., commerçant, atteint de paralysie générale au cours d'un tabès datant de dix ans. — Syphilis à 18 ans, régulièrement soignée. Sa femme est ataxique. La paralysie générale du malade est certaine et tout à fait classique : démence, signes

physiques, délire de grandeurs.— Je n'y insiste pas davantage. Il entre à la Maison de santé de Ville-Evrard au mois d'octobre 1905.

Les jours précédents, il a fait deux fugues. Dans la première, il est parti le matin de chez lui, a acheté un appareil photographique coûteux, a pris des vues nombreuses ; a déjeuné à 4 heures. Il ne rentre chez lui que le lendemain matin à 7 heures, ayant perdu son chapeau, son pardessus, son parapluie et son appareil photographique. Il était trempé jusqu'aux os, couvert de boue, se rappelait vaguement avoir couché dans un champ, il ne savait où. Il avait sous le bras un disque de chemin de fer dont l'origine lui était inconnue. Interrogé sur la perte de son pardessus, il affirma l'avoir laissé chez le photographe : mais il n'en était rien. On appela deux médecins en consultation : ils arrivèrent chez lui le lendemain vers 10 heures 1/2, heure convenue, mais le malade était déjà parti, bien qu'on eut tout fait pour le retenir.

Par hasard, on le retrouva, le lendemain, vagabondant avec insouciance dans les environs de Paris. Il s'était fait transporter au hasard, en voiture : il expliqua qu'il cherchait son appareil perdu. Il n'avait pas voulu payer le cocher, qui le conduisit alors à la gendarmerie. Là, il avait voulu consulter la carte d'état-major « pour retrouver son chemin », s'était battu avec le cocher; finalement, il fut reconduit chez lui, et interné le lendemain.

A son entrée à la Maison de santé, il est très agité, incohérent, se déshabille, crie, se roule à terre. Idées de grandeur énormes. Il ne peut rien dire de ses fugues dont il a perdu la mémoire, et répond au hasard. Quelques mois après, en rémission, il paraît avoir un vague souvenir de ces fugues, mais ne les explique pas, ou en donne des raisons variables d'un jour à l'autre et impossibles à admettre.

Les fugues des paralytiques généraux sont toujours semblables à celles-là. Elles sont, comme les autres actes de ces malades, accomplies sans but, sans motif, ou sous la poussée de motifs absurdes : N. parcourt les environs de Paris en voiture pour découvrir un appareil photographique perdu la veille il ne sait où. La conscience des malades pendant leurs fugues est, sinon absente, du moins très affaiblie ; la mémoire des lieux traversés et des incidents du voyage est généralement absente ou très confuse.

Le plus souvent, dans leurs fugues, les paralytiques généraux marchent beaucoup : la plupart du temps ils ne mangent ni ne boivent, ne s'arrêtent pas. Une paralytique générale, entrée à l'asile de Vaucluse au mois de

mai 1904 et dont Mlle la doctoresse C. Pascal m'a obligeamment communiqué l'observation, partit de Paris, fut retrouvée quatre jours après à Pontoise et marcha tellement pendant ces quatre jours qu'elle arriva à l'asile avec des excoriations de la plante des pieds suffisamment profondes pour qu'on pensât les premiers jours à des maux perforants. Aucun détail ne put être obtenu de cette démente paralytique sur sa fugue toute récente.

Les fugues des *Déments séniles* sont très fréquentes, sans but et sans motif. Les malades se perdent, inconscients, dans les rues de leur quartier, ne se souviennent plus de leur adresse, errent au hasard toute la nuit ; ramenés chez eux, ils ne savent dire où ils ont été. Certains déments séniles sont tracassiers, turbulents, ne peuvent tenir en place. Dès que la surveillance se relâche, ils prennent la clef des champs et ne savent plus revenir. Ces faits sont très communs ils ne constituent pas d'ailleurs des fugues au sens propre du mot. Il est inutile d'y insister.

Je n'ai pas observé de fugues de *déments* par lésions circonscrites.

On a vu, par ce rapide exposé, les caractères qui distinguent les fugues des psychoses des fugues démentielles. Si elles ne sont motivées ni les unes ni les autres, les premières du moins ont un but, tandis que les secondes n'en ont point. Cette particularité, pour difficile qu'elle soit à mettre parfois en évidence, n'en a pas moins une certaine importance théorique.

D'une façon générale, les fugues seront rattachées à l'affection mentale qui en est la cause, moins par leurs caractères propres que par la constatation des signes concomitants de cette affection mentale. En ce sens, elles pourront souvent, par la perturbation qu'elles provoquent dans les rapports sociaux des sujets, pousser à l'examen sérieux d'un malade jusque là considéré comme normal.

Je ne doute pas cependant que l'attention une fois attirée sur ces intéressantes impulsions, des observations nombreuses ne permettent d'en dégager les traits caractéristiques. Je résumerai ici, en quelques lignes, à titre de simple essai, la symptomatologie des diverses fugues,

telle que l'étude de nos malades nous la fait paraître, abstraction faite des caractères concomitants des diverses psychoses dont elles sont des manifestations.

I *Alcoolisme*. Deux espèces de fugues : 1° « Fugues d'instabilité ». Ivresse légère. Fugues conscientes, mnésiques, répétées ; le sujet présente une véritable crise de mouvement inquiet. Diagnostic différentiel *a*) fugues d'instabilité des déments précoces, *b*) crises de marche des psychasthéniques, *c*) fugues des accès maniaques frustes des circulaires.

2° Fugues de l'état second alcoolique. — L'état de la conscience n'est pas connu, mais bien que l'amnésie soit complète, on ne peut, vu la longue durée de ces fugues et l'absence de délits commis par les malades, affirmer qu'ils soient inconscients. Très grande similitude avec les fugues comitiales.

II. *Folie intermittente* (maniaque — dépressive, circulaire, psychique). Fugues de l'état maniaque ; conscientes, mnésiques, bien conduites, parfois brusquement interrompues par suite de rémissions soudaines ; et reconnues non motivées par le malade lui-même dès que l'accès est terminé.

III. *Folie morale*. Fugues fréquemment répétées, conscientes, et dont le souvenir est généralement intact. Très bien conduites. Peuvent parfois sembler motivées par le désir prêté au malade de fuir les conséquences d'actes délictueux.

IV. *Débilité mentale*. La conscience et la mémoire des fugues sont intactes ou plus ou moins troubles comme les autres actes des débiles. Les fugues sont parfois bien conduites, d'autres fois elles portent le cachet de la débilité originaire.

V. *Paralysie générale*. Deux espèces de fugues : 1° fugues du début de la paralysie générale (période médico-légale). La conscience et la mémoire sont à peu près nettes ; en elle-même, la fugue ne paraît pas toujours l'acte d'un affaibli : cependant, parfois, même à ce début de la maladie, elle est évidemment absurde et déjà démentielle, sans but ; 2° Fugues de la démence confir-

mée : Conscience et mémoire nulles ou vagues ; la fugue n'a ni but ni motif : souvent la malade marche jusqu'à cessation des forces, sans dormir ni manger.

VI. *Démence sénile.* Conscience et mémoire nulles : les fugues sont faites au hasard, le malade « se perd » à chaque instant.

Je joins à ces conclusions les caractères des fugues dans la démence précoce.

VII. *Démence précoce.* Quatre espèces de fugues : 1° *fugues d'instabilité*, courtes, agitées, récidivantes, semblables à celles des alcooliques ; 2° *fugues d'impulsion* : conscience et mémoire obscurcies. La fugue débute brusquement ; elle est généralement violente, accompagnée de désordre dans les actes et les paroles ; le plus souvent de courte durée : l'impulsion tombée, le malade cherche à s'orienter, se réfugie chez des personnes connues ou retourne à son domicile ; 3° *fugues de déficit intellectuel* : elles ont un but, sont assez bien conduites, conscientes ; le souvenir est parfois à peine atténué ; 4° *fugues de démence profonde*, sans but, inconscientes, amnésiques en totalité, ou presque.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

X. — **A propos de récents travaux sur l'auscultation du muscle dans les paralysies, la contracture et la réaction de dégénérescence. Quelques considérations sur la théorie motrice du sarcoplasme** ; par Mlle IOTEYKO. (*Journ. de Neurologie*, 1906, n° 14.)

L'auteur attire l'attention, dans cette note, sur un récent travail de Link qui en auscultant le muscle dans diverses affections du système musculaire et nerveux a obtenu des résultats confirmatifs des siens en ce qui concerne notamment l'explication de la contracture et du mécanisme physiologique de la dégénérescence. — On a affaire suivant les cas soit à la contraction anisotrope qui est discontinue et produit le son musculaire, soit à la contraction sarcoplasmatique qui est continue et silencieuse. Aux signes déjà connus de la réaction de dégénérescence on peut ajou-

ter maintenant celui de l'absence de bruit musculaire lors de la contraction galvanique du muscle dégénéré.

Link ayant en outre, émis l'hypothèse que des centres nerveux différents doivent présider à la contraction de la substance anisotrope et du sarcoplasme. Mlle Yoteyko n'hésite pas à considérer la première comme obéissant à l'influence des centres moteurs corticaux et la seconde à l'action des centres moteurs inférieurs ou médullaires. G. D.

XI. — **Quelques considérations sur l'écriture en miroir. Les troubles de l'orientation et son éducation** ; par le Dr BOULENGER. (*Journ. de Neurologie*, 1906, nos 13 et 14.)

De cette étude basée à la fois sur la bibliographie de la question et sur les observations d'un certain nombre d'enfants dont il relate l'histoire, l'auteur conclut qu'il existe un trouble primitif de l'orientation chez toutes les personnes qui écrivent « en miroir » involontairement et habituellement. L'écriture « en miroir » accidentelle ne se produit qu'à la suite d'une désorientation également accidentelle du sujet. D'autre part, chez tous les vrais spéculaires il existe de l'instabilité mentale, des tics variés et d'autres signes de dégénérescence physique ou intellectuelle (imbécillité, hystérie, etc.) Chez les hémiplégiques il semble comme l'avait déjà soutenu Abt que l'écriture « en miroir » ne se rencontre pas plus souvent que chez les individus normaux. Enfin l'écriture spéculaire n'est pas, comme on l'a dit, l'écriture naturelle des gauchers placée par conséquent sous la dépendance de l'hémisphère droit du cerveau. Elle n'est pas non plus celle du cerveau qui n'a pas été éduqué pour l'écriture, puisque beaucoup de sujets écrivent spontanément mieux en miroir de la main qui a appris à écrire. C'est plutôt le sens des attitudes qui est en défaut à un degré plus ou moins grand chez les spéculaires et ceux-ci sont des anormaux au même titre que les sujets qui sont incapables d'écrire en miroir lorsqu'on leur a montré le mouvement qui permet de réaliser cette écriture. G. DENY.

XII. — **Ostéomalacie et goitre exophtalmique**, par TOLOT et SARVONAT. (*Revue de médecine*, mai 1906.)

Observation d'une femme de 52 ans avec symptômes thyroïdiens depuis sa jeunesse et morte de compression médullaire avec déformation rachidienne. L'auteur cite également quelques observations où l'ostéomalacie se trouve liée au goitre ainsi que les données expérimentales qu'ont pu fournir la physiologie et la chirurgie sur les rapports de cette affection avec les fonctions thyroïdiennes et les fonctions testiculaires et ovariques. L'ostéomalacie ne serait que le syndrôme de la déminéralisation os-

seuse dont la physiologie est encore mal connue et qui paraît se rattacher à des maladies différentes. M. H.

XIII. — **Sur l'origine du sommeil. Etude des relations entre le sommeil et le fonctionnement de la glande pituitaire** ; par Alberto SALMON (de Florence). (*Revue de médecine*, avril 1905.)

L'auteur cite un grand nombre d'affections où soit la somnolence, soit l'insomnie paraissent liées à des troubles de fonctionnement de l'hypophyse et il émet cette hypothèse que le sommeil physiologique est essentiellement dû à la sécrétion de la glande pituitaire. M. H.

XIV. — **Sur un cas de myotonie. Considérations sur le syndrome myotonique** : par MODENA et SICCARDI. (*Rivista sperimentale de Freniatria*. Reggio Emilia, 1905. Vol. XX, XIfasc. II.)

La doctrine myopathique pure ne peut plus être soutenue, et l'on doit plutôt incliner vers une pathogénie mixte, neuro myopathique, de la myotonie. La myotonie, par ses manifestations cliniques qui dépendent des centres nerveux, par les lésions des muscles, par son association fréquente avec les maladies du système nerveux, et surtout avec l'atrophie musculaire, démontre que sa cause est bien plus complexe qu'une simple affection locale exclusive de la fibre striée. Pour Giovanni, depuis les manifestations simples des formes névrosiques jusqu'aux diverses formes cliniques, parmi lesquelles il faut citer la maladie de Thomsen, tout est lié intimement au processus évolutif des éléments constitutifs des tissus nerveux. J. S.

XV. — **Aphasie sensorielle avec hémianopsie latérale homonyme droite** ; par le Dr DEBRAY. (*Journal de Neurologie*, 1906, n° 2.)

Il s'agit d'un homme de 57 ans, qui fut atteint d'un petit ictus sans chute ni perte de connaissance proprement dite, mais avec impossibilité de se diriger et de parler. En l'examinant, quelques jours après, on constate une hémianopsie homonyme latérale droite et une aphasie sans paralysie des membres ou de la face, sans déviation conjuguée de la tête, ni des yeux. Les symptômes sont rattachés par l'auteur à une lésion sous-corticale, probablement une embolie du lobe occipital droit, lésion qui a détruit les fibres reliant l'écorce avoisinant le pli courbe où siège le centre visuel verbal, aux voies motrices et aux centres moteurs du langage.

Comme la plupart des hémianopsiques, cet homme avait conservé la perception des différences de lumière dans son champ amaurotique. Cette particularité serait due, d'après M. Debray, non à un degré insuffisant d'altération de la zone calcarine (Bard)

mais bien plutôt à ce que le restant du lobe occipital perçoit, lui aussi, la sensation de la lumière. G. DENY.

XVI. — **Encéphalite aigue chez les enfants** ; par COMBY. (*Bulletin médical*, nº 5, 1906.)

L'auteur laisse de côté l'encéphalite suppurée ou abcès du cerveau : l'affection dont traite Comby est celle que Strumpell a décrite sous le nom de « polyoencéphalite » ; elle a été étudiée par Packelt et Batten (1902) et Concette (1903). C'est une affection rare, survenant chez des enfants héréditairement tarés le plus souvent à la suite de la grippe, plus rarement de la coqueluche, du choléra infantile, quelquefois même simplement de la constipation.

Au point de vue anatomique, on constate des modifications vasculaires diffuses dans le cerveau, de la congestion de la surface, on voit sur les coupes des piquetés hémorragiques : au microscope, on constate des thrombus, des extravasa sanguins sous-corticaux; les cellules de l'écorce sont gonflées mais ne paraissent pas altérées. Parfois ces lésions sont susceptibles de rétrocéder, d'autres fois elles laissent des suites; la ponction lombaire est négative. Cette affection comme nous l'avons dit, est généralement secondaire : les convulsions et parfois l'état comateux ouvrent la scène. Ils sont accompagnées d'hémiplégie flasque, d'athétose, de chorée, d'ataxie, de sclérose en plaques de psychose et quelquefois de coma et de mort. On peut distinguer des formes légères, et des formes graves avec séquelles. Le pronostic varie avec la forme. Les formes graves sont parfois mortelles. Le diagnostic est très difficile : il doit être fait avec l'éclampsie, avec les tumeurs, les hémorragies, les ramollissements qui ont des signes spéciaux.

Les méningites s'accompagnent de raideur de la nuque, de vomissements et surtout de céphalées, d'irrégularité du pouls et de la respiration. Enfin la ponction lombaire permet de reconnaître de la lymphocytose dans les méningites tuberculeuses, de la polynucléose dans les méningites aiguës. Les hémorragies méningées donnent à la ponction lombaire un liquide sanguinolent.

Le traitement consiste à mettre de la glace sur la tête, des sangsues aux mastoïdes, des lavements purgatifs, des bottes d'ouate, le calomel à dose fractionnée, des bains tièdes toutes les 3 ou 4 heures et des lavements au chloral et au bromure, puis de l'iodure de potassium, et, on devra surveiller l'alimentation.

L. WAHL.

XVII. — **La syphilis spinale à forme amyotrophique** ; par LAUNOIS et POROT. (*Revue de médecine*, 1906.)

La maladie d'Albert Duchesne tend à être envisagée comme un syndrome dont l'origine est variable. Le type de cette affec-

tion avec altération intéressant uniquement les cellules des cornes antérieures est rare. D'un autre côté on a détaché depuis quelques années de l'affection type une amyotrophie musculaire progressive d'origine syphilitique. Les auteurs en rapportent une observation suivie d'autopsie d'un syphilitique déjà présentée par eux en 1900 et mort en 1905 d'amyotrophie progressive. Les symptômes dominants étaient une atrophie progressive accompagnée de troubles vasomoteurs des mains (main succulente).

Mort par suite d'accidents pulmonaires. A l'autopsie, prédominance de lésions méningitiques qui paraissent avoir été primitives, avec névrite hypertrophique des racines et atrophie des cornes antérieures. Cette méningite avait deux localisations prédominantes, l'une aux parties antéro-latérales de la région cervicale inférieure, l'autre aux régions postérieures de la moelle lombaire (tabes amyotrophique). M. H.

XVIII.— **Des névroses et des névrites du pneumogastrique chez les tuberculeux et particulièrement de l'asthme des tuberculeux ;** par DUMESNIL (*Bulletin médical*, nov. 1906).

Des cas analogues ont déjà été signalés par Bertin (1905) et dans la thèse d'Epschtein (1906): ils sont en relation avec des lésions dans la sphère du pneumogastrique chez des sujets atteints de tuberculose : on les rencontre surtout chez de vieux tuberculeux à lésions fibreuses et ces troubles paraissent être en raison directe de l'étendue et de l'intensité du processus à évolution fibreuse : on rencontre alors, dans les cas exceptionnels où le tableau est au grand complet : de la dyspepsie sécrétoire et motrice, des troubles cardiaques divers, de la dyspepsie : lorsque les terminaisons nerveuses sont englobées dans le tissus fibreux il semble que les médications intempestives favorisent l'apparition des accès dyspnéïques qui peuvent simuler l'accès d'asthme vrai : il y a lésion du nerf, donc c'est de l'asthme faux.

L. WAHL.

XIX. — **Le trypanosome de la maladie du sommeil;** par ROBERT JONES. (*The Journal of Mental Science*, Avril 1904.)

Cette question alors nouvelle a été si souvent étudiée depuis qu'il n'y a pas lieu à l'heure actuelle, d'insister sur ce mémoire.

XX. — **Fièvre hystérique chez l'enfant;** par COMBY. (*Bulletin médical*, n° 36, 1906.)

Une fillette de 13 ans est pris de secousses électriques : on lui ordonne du bromure de potassium, de la morphine et de l'éther: elle a alors des hallucinations et de la céphalalgie; la température s'élève à 42° le matin et 44° le soir, les convulsions continuent mais l'état général reste bon ; après une discussion très longue

l'auteur montre qu'il s'agit d'une fièvre hystérique sans gravité. L. WAHL

XXI.— **Pathogénie d'un cas d'hystérie liée à une tumeur cérébelleuse**; par le Pr BERNHEIM, de Nancy. (*Bulletin médical*, n° 52, 1906.)

Les crises dites hystériques ne sont qu'une réaction psychodynamique d'origine émotive qui peut être provoquée chez certains sujets par certaines émotions spéciales agissant comme des modificateurs passagers de l'organisme et suceptibles de se reproduire par autosuggestion émotive. Il s'agit d'une femme de 34 ans qui depuis huit mois, présentait des crises nerveuses à type hystérique, puis la vue se perdit progressivement. L'examen ophtalmoscopique montra qu'il s'agissait non d'une cécité psychique, mais d'une lésion organique du fond de l'œil; la marche devint titubante, les vomissements et les douleurs occipitales apparurent; enfin le signe de Kernig. A l'autopsie, tumeur du cervelet. L. WAHL.

XXII. — **Formes frustes du Tabes** ; par RAYMOND. (*Bulletin médical*, n° 54.)

Le professeur Raymond insiste avec raison sur ces formes qui sont si souvent d'un diagnostic si difficile, particulièrement à la période préataxique : des trois cas que rapporte l'auteur l'un est relatif à une femme qui présenta tout d'abord un engourdissement qui débuta brusquement en envahissant la jambe gauche, la partie gauche du tronc puis le bras du même côté pendant quelques instants et se renouvela ensuite à plusieurs reprises tantôt du côté droit, tantôt du côté gauche : puis apparut une crise épileptiforme bravais-jacksonienne typique. Elle présente actuellement outre les principaux signes du tabes, quelques symptômes qui ont fait penser à la *P. G.* : achoppement des syllabes, etc. Un autre concerne un homme de 39 ans qui entra à l'hôpital avec un mal perforant plantaire, bilatéral : quinze ans auparavant, il avait eu des douleurs fulgurantes, 8 ans après le chancre initial : un examen attentif révèle un tabes incipiens des plus nets. La troisième malade est une femme qui eut il y a dix ans des douleurs fulgurantes, puis des vomissements incolores et à une autre époque des douleurs thoraciques très violentes localisées au creux épigastrique ; fausses envies d'uriner, diplopie intermittente. Ces exemples montrent combien est parfois bizarre la marche de la maladie de Duchenne. L. WAHL.



REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

XXX. — **Folie communiquée (folie à deux, folie simultanée) survenue chez une mère et sa fille**; par John R. Lord. (*The Journal of Mental Science*, avril 1904.)

Observation intéressante, mais ne différant par aucun caractère particulier des faits analogues qui ont été publiés : la forme du délire était la paranoia chronique. R.M.C.

XXXI.—**Les effets moraux et mentaux de la guerre sud-africaine** (1899-1902) **sur le peuple anglais**; par R. S. Stewart. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1904.)

Voici le résumé de cette curieuse étude : Les impressions produites par les évènements des trois derniers mois de l'année 1899. ont été de nature à provoquer une indiscutable modification. au caractère national, modification très profonde qui s'est manifestée, du moins en Angleterre et en Irlande, d'une façon immédiate, dans tous les rangs de la société, qui a porté également sur les deux sexes, et qui ne peut en aucune manière s'expliquer par la simple disparition du milieu social des hommes affectés à la défense du pays. La nation, dans son ensemble, a vu ses tendances criminelles diminuer; l'égoïsme pratique sous toutes ses formes s'est restreint : il y a eu un relèvement du respect pour la vie et le bien d'autrui et un amoindrissement des tendances à écarter les ennuis et les responsabilités de la vie. La stabilité mentale de la nation a été en progrès ainsi que le pouvoir des individus sur eux-mêmes.

Il y a pour le moment actuel une amélioration très nette de l'ensemble de la morale nationale, certainement due aux circonstances qui ont mis en échec la gandeur nationale et menacé l'existence même de la Patrie. Mais peu à peu on voit disparaître les conséquences de ces évènements, si bien qu'au bout d'une année, elles sont totalement effacées, et font place à un état qui est même pire que l'état antérieur : on a été brutalement et douloureusement réveillé d'un lourd sommeil, mais le danger passé, la réaction s'est faite et aboutira probablement dans l'avenir aux plus graves résultats. R. de Musgrave Clay.

XXXII. — **Stéréotypie graphique chez un dément précoce** ; par L. Marchand. (*Journ. de Neurologie*, 1906, n° 20.)

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, étudiant, atteint de démence précoce, qui présenta au début même de la maladie, pendant la période délirante, de la stéréotypie graphique. Pour l'au-

teur, cette stéréotypie était secondaire aux idées de persécution du malade, et comme elle coexistait avec une certaine conservation de la mémoire et de la lucidité (ce qui est le propre dans la démence paranoïde), il se croit en droit de conclure que la stéréotypie des écrits est « un indice de chronicité mais nullement la marque d'une démence commençante ou non. »

XXXIII. — **Un cas de paralysie générale de développement**; par JAS. MIDDLEMASS. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1904.)

Deux remarques : 1° l'étiologie syphilitique était ici indiscutable; 2° les âges auxquels on peut voir débuter la paralysie générale chez les jeunes sujets et chez les adultes étant respectivement six ans et vingt-cinq ans, et le premier groupe allant jusqu'à vingt deux ans, il en résulte que si, comme la plupart des auteurs, on admet l'origine syphilitique, il n'y a d'autre différence étiologique que la présence d'une syphilis héréditaire ou d'une syphilis acquise. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXXIV.—**Sur les rapports des salaires de la folie et du crime dans le sud du Pays de Galles**; par R. S. STEWART. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1904.)

En s'appuyant sur des données numériques l'auteur est amené à conclure que le relèvement des salaires, la diminution des heures de travail, l'augmentation du loisir s'accompagnent d'un accroissement de l'ivrognerie, de la folie et du crime.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXXV.—**Le « Stress »**; par Ch. MERCIER. (*The Journal of Mental Science*, avril 1904.)

XXXVI.—**Encore le « Stress »**; par Ch. MERCIER.) *The Journal of Mental Science*, octobre 1904.)

Il y a une quinzaine d'années, dans un ouvrage connu intitulé « Sanity and Insanity » M. Mercier a posé en principe que la folie était fonction de deux variables : l'hérédité et le *stress*?. Il nous est malheureusement très difficile de traduire le mot « stress » dont la signification en anglais est très élastique et dépend beaucoup du contexte: une pesée « exercée sur quelque chose », une « influence puissante et déterminante » en indiquent à peu près le sens, que M. Mercier lui-même nous explique d'ailleurs par des exemples: ainsi l'alcool qui circule dans le sang, *stress*; l'hémorhagie cérébrale, *stress*; l'apparition de la puberté, *stress*; la ruine, *stress*; l'accession à la fortune, *stress*. Dans un mémoire sur les rapports des salaires ouvriers avec le crime et la folie, M. Stewart a cité la proposition de M. Mercier, mais en

attribuant au mot *stress* un sens manifestement différent de celui que lui avait donné M. Mercier et c'est de quoi se plaint M. Mercier. Querelles de mot, dira-t-on ? Pas tout à fait, car la querelle ici passe par-dessus les mots. M. Mercier, dont on sait l'esprit scientifique et précis profite de ce fait pour regretter que lorsque, dans une science ou une branche d'une science, un mot (il déclare d'ailleurs ne tenir nullement au sien) a été investi d'une signification précise et en quelque sorte reconnue, cette signification fût-elle arbitraire, personne ne soit fondé à se servir de ce mot en lui attribuant une signification différente; car enfin, dit-il, il serait fort incommode dans la vie pratique de désigner par le même mot une pièce de vingt sous et une pièce de cinq francs : on peut d'ailleurs aller plus loin encore et se demander si l'inexactitude du terme ne correspond pas à l'inexactitude des idées. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXXVII. — **La psychologie de l'hallucination; par W. H. B. STODDART.** (*The Journal of Mental Science*, octobre 1904.)

Travail interressant accompagné de figures et de schémas nécessaires à l'intelligence du texte; nous pouvons cependant reproduire les considérations finales de l'auteur qui sont les suivantes : pour bien comprendre l'hallucination, il faut comparer la perception, l'idéation, l'illusion et l'hallucination en tenant compte de la manière dont le centre cortical est stimulé dans chacun de ces processus.

Dans la perception, le stimulus est transmis de la périphérie: il n'y a ni association *transcorticale* (pour employer l'expression de Tanzi) ni dissociation périphérique. Dans l'idéation, le centre est stimulé par la voie des fibres associées: mais là non plus, il n'y a pas dissociation venant de la périphérie : à noter toutefois que l'association périphérique (non dissociation) ne joue aucun rôle dans l'idéation. Dans l'illusion, la stimulation du centre se fait d'une part par les fibres associées et vient d'autre part de la périphérie ; et la tendance à l'unité idéationnelle combine les sensations fournies par les deux ordres de stimulations; à noter que la différence physiologique entre l'idéation et l'illusion consiste en ce que le stimulus périphérique *n'intervient pas* dans l'idéation, tandis qu'il est *nécessaire* dans l'illusion. On a vu que dans l'hallucination il y a association transcorticale et dissociation périphérique; il faut donc remarquer que le facteur essentiel de l'hallucination est son facteur négatif : c'est ce qui la différencie essentiellement de la perception, de l'idéation et de l'illusion.

Il n'y a pas de différence psychologique entre ces processus, et leur identité psychologique apparaîtra encore plus nettement si l'on observe un état transitionnel entre l'idéation et l'hallucination. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXXVIII.— **Traumatisme et Paralysie générale**; par James MIDDLEMASS. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1904.)

Ce n'est pas un mémoire, mais l'ouverture d'une discussion à laquelle prennent part plusieurs des membres présents; en effet, en dehors du côté purement scientifique, il s'agit de savoir si une paralysie générale peut-être créée ou hâtée par un accident du travail et par là ouvrir la porte à une demande d'indemnité.

R. M. C.

XXXIIX. — **Note ssur la folie de l'adolescence dans le Comté de Dorset**; par George A. ROBIE. (*The Journal of Mental Science*, avril 1904.)

Etude intéressante mais ne portant naturellement que sur un nombre de cas assez restreint. R. M. C.

XL. — **Les présentations obsédantes, hallucinatoires et hallucinations obsédantes**; par SERGERANOFF. (*Revue de médecine*, avril 1906.)

Les dégénérés obsédés étaient considérés par Falret comme n'étant pas sujets aux hallucinations ; toutefois certains cas accompagnés de troubles hallucinatoires ont été observés depuis ; on a aussi rapporté des hallucinations obsédantes dans certaines affections nerveuses. L'auteur pense qu'il faut distinguer dans ces divers cas plusieurs catégories cliniques.

1° *Représentations obsédantes hallucinatoires dans la constitution idéo-obsessive.* — C'est le cas des dégénérés obsédés à tempérament émotif. Ici, l'hallucination est rudimentaire ; elle est secondaire à l'obsession ; elle n'est que la tendance à la matérialisation de l'idée obsédante, elle se manifeste chez le sujet avec un état toujours conscient ; elle ne lui apparaît pas comme une hallucination vraie ; l'image est toujours élémentaire et n'est qu'une faible expression des perceptions réelles et objectives.

2° *Les hallucinations obsédantes qui se rencontrent dans certains états pathologiques.* — (Hystérie, état épileptique. — Ce sont des hallucinations vraies, elles sont extériorisées, nettes, détaillées.

Elles ne sont pas sous la dépendance d'un état idéo-obsessif. Elles sont primitives, et n'apparaissent plus au sujet comme une image purement mentale.

3° Enfin il faut distinguer *des phénomènes obsédants hallucinatoires en rapport avec les associations obsédantes de contraste dans certains états mélancoliques aigus.* — Ces sortes d'hallucinations se produisent dans des états mixtes, par exemple chez des prédisposés obsédés au cours d'un accès mélancolique.

M. HAMEL.

XLI. — **Note sur l'épilepsie massive** ; par Ch. Féré. (*Revue de médecine*, avril 1906.)

Il faut entendre ici par épilepsie massive les accès épileptiques se manifestant exclusivement par groupes de crises subintrantes ou très rapprochées, les intervalles n'étant troublés par aucun paroxysme.

Les observations que rapporte l'auteur s'adressent à des sujets déjà âgés dont l'épilepsie débuta et continua à se manifester par des accès en masse. Pendant les intervalles les malades étaient normaux et pouvaient vaquer à leurs affaires. Le traitement bromuré appliqué intensivement eut pour effet de dissocier cette épilepsie massive, ce qui diminua des chances de mort pendant l'accès mais fut une aggravation au point de vue de la vie courante, les accès se manifestant à des intervalles irréguliers.

M. Hamel.

XLII.— **Les sortes de folies**; par Ch. Mercier. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1904.)

Malgré, son très réel intérêt, ce travail comme celui que l'auteur a consacré à la réorganisation des statistiques en matière de pathologie mentale, demanderait une traduction et non une analyse.

R. M. C.

XLIII. – **La sorcellerie moderne : étude d'une phase de la paranoia**: par Conolly Norman. (*The Journal of Mental Science.* Janvier 1905.)

L'auteur rapporte avec des détails très curieux dans lesquels nous ne pouvons malheureusement pas le suivre à cause de leur longueur et de l'impossibilité de les abréger sans supprimer leur intérêt. l'observation de trois malades. Il constate non sans surprise que chez les paranoiaques d'aujourd'hui on observe des idées qui ont la plus grande analogie avec les vieilles superstitions de la sorcellerie, et cela dans des cas où nous pouvons être à peu près certains que les victimes actuelles de ces délusions sont dans l'ignorance complète de l'histoire des anciennes croyances.

R. de Musgrave Clay.

XLIV. — **Plaidoyer en faveur d'une étude plus attentive du poids du corps et de ses rapports avec les maladies mentales**; par C. Hubert Bond. (*The Journal of mental Science*, janvier 1904.)

L'auteur n'ignore pas que le sujet qu'il traite n'est pas nouveau : mais il désire simplement insister sur deux points : d'abord il pense que la méthode généralement adoptée pour apprécier ce qu'on appelle le gain ou la perte de poids d'un sujet n'est ni la plus satisfaisante ni la plus propre à fournir des résultats utiles, et cette observation s'applique aussi bien à la méthode des médecins qu'à

celle des gens du monde ; ensuite il suggère l'idée que la méthode des pesées, en aliénation mentale, pourrait non seulement être utilisée comme elle l'est actuellement pour la direction du traitement, mais encore pour arriver à une meilleure classification des maladies mentales. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XLV. — **Maladie mentale avec goitre exophtalmique**; par R. H. STEEN. (*The Journal of mental Science*, janvier 1905.)

L'auteur rapporte l'observation de quatre malades chez lesquels il y avait association du goître exophtalmique et de la folie ; il n'ignore pas que ce chiffre est trop faible pour justifier des conclusions précises ; mais l'observation de ces malades lui a suggéré les réflexions suivantes : 1° dans la folie avec goitre exophtalmique les symptômes sont dans l'ensemble ceux de la mélancolie avec agitation ; 2° les hallucinations existent et sont souvent intenses; 3° le début des symptômes mentaux bien prononcés est souvent soudain; 4° la guérison de la maladie mentale survient même dans les cas qui paraissent désespérés ; mais il ne faut pas perdre de vue la possibilité d'une syncope dans la période aiguë ; 5° une augmentation de poids très accentuée accompagne l'amélioration de l'état mental; 6° l'extrait de capsules surrénales donne des résultats avantageux. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XLVI. — **Un cas d'idiotie amaurotique de famille** ; par James BURNET. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1905.)

Les cas de cette maladie sont rares ; l'auteur n'a pu en rassembler que 27 dans la littérature ; aussi a-t-il bien fait de rapporter avec soin et avec détail le cas qu'il a observé et qui, ainsi qu'il arrive presque toujours, s'est terminé par la mort avant que l'enfant ait atteint l'âge de deux ans. Le cas actuel n'était pas d'origine syphilitique ; il était probablement dû à une défectuosité de développement du tissu nerveux. Il faut noter que presque tous les cas, sinon tous les cas, de cette maladie ont été rencontrés dans des familles juives. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XLVII. — **Des mesures qu'il est nécessaire de prendre à l'égard des faibles d'esprit dans la première et la seconde enfance**; par HENRY RAYNER. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1904.)

La nécessité de surveiller et de soigner d'une manière spéciale les enfants dont le développement cérébral est défectueux est de plus en plus généralement reconnue; mais on a beaucoup écrit et parlé, on a peu agi. L'importance des sept premières années de l'enfant dans son développement cérébral est pourtant démontrée d'une façon simple et nette par l'accroissement de poids du cerveau durant cette période de la vie. Toutes les fonctions organiques sont à surveiller à cette époque, car, activement ou

passivement, presque toutes sont fonction du développement cérébral. Le régime alimentaire, les troubles digestifs, la constipation jouent ici un rôle important. L'évolution dentaire réclame une attention particulière aussi bien que le mode respiratoire, souvent influencé par l'état des amydales ou par la présence de végétations adénoïdes; l'air pur nuit et jour est ici de première nécessité. Le système musculaire réclame un fonctionnement régulier et souvent méthodique. Les mauvaises habitudes demandent, pour être décelées, une surveillance particulière et soigneuse. Mais, pour que ces buts divers puissent être atteints, il faut que la défectuosité mentale soit d'abord connue. Le service d'inspection des enfants à domicile qui commence à fontionner (en Angleterre) rendra à cet égard de signalés services. Non seulement il découvrirait les malades mais il renseignerait les mères. Les institutions consacrées au traitement des faibles d'esprit nous démontrent par les résultats obtenus que beaucoup de ces malades peuvent arriver à un état suffisamment normal pour subvenir à leurs propres besoins. Ces résultats seraient plus favorables encore si l'on pouvait donner à ces petits malades, pendant la première et la seconde enfance, des soins appropriés à leur état. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XLVIII. — **Sur la nécessité de soins de famille pour les personnes dont l'esprit n'est pas sain en Irlande**; par CONOLLY NORMAN. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1904.)

L'auteur insiste sur le fait que ces soins de famille seraient chose nouvelle en Irlande et sur l'utilité que de pareilles mesures présenteraient tant pour les malades que pour les malades qui seraient ainsi moins exposés à encombrer les asiles alors que l'internement ne leur est nullement indispensable. R. M. C.

XLIX. — **Les prodromes des psychoses et leur signification**; par T. CLOUSTON. (*The Journal of Mental Science*, avril 1904.)

On n'a pas fait suffisamment ressortir qu'il y a, en psychiatrie, des symptômes précoces dépourvus de tout caractère mental, tout comme il y a en neurologie des symptômes qui peuvent fort bien n'être que les préludes d'une crise d'aliénation mentale. L'auteur examine et discute avec l'autorité d'une longue et savante expérience les principaux prodromes des affections mentales, c'est-à-dire les symptômes sensoriels, et particulièrement le plus banal mais non le moins significatif de tous, le mal de tête, les troubles moteurs, la neurasthénie (qui est au moins proche parente des psychoses), l'insomnie, les attaques d'hystérie, les troubles de la circulation, les altérations du sang et la leucocytose, les troubles de la nutrition et de la digestion, les modifications menstruelles, enfin les troubles mentaux eux-mêmes. Il conclut de cette étude

(que nous avons le regret de résumer d'une façon forcément brève que l'apparition d'une maladie mentale est ordinairement un phénomène qui n'est ni simple ni localisé, et que les faits qu'il a indiqués montrent une fois de plus la solidarité d'action de l'ensemble du cerveau et de l'ensemble des centres nervenx de la moelle et des ganglions spéciaux sur les systèmes organiques du corps. Ils semblent indiquer en outre que l'écorce mentale est le centre de l'organisme et que les centres supérieurs présentent à la maladie un maximum de résistance.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 29 *janvier* 1906. — PRÉSIDENCE DE MM. VALLON et Marcel BRIAND.

M. VALLON, président sortant, passe en revue les événements qui se sont déroulés devant la Société, dans le cours de l'année et rappelle la perte qu'elle a faite, en la personne de M. Paul Garnier, enlevé prématurément par une mort inopinée ; il adresse ses félicitations à MM. Ritti et Marandon de Montyel, à l'occasion de leur nomination dans la Légion d'honneur. Il invite ensuite M. Marcel Briand à venir prendre place au fauteuil présidentiel.

M. Marcel BRIAND se réjouit de ce que la guérison complète de son ami M. Vallon ait fait de la vice-présidence une sinécure et le félicite de la croix de la Légion d'honneur qui lui a été attribuée par le Ministre de l'Intérieur. Il renouvelle ses compliments pour le même objet, à MM. Ritti et Marandon de Montyel. Il exprime le vœu que les jeunes auteurs ne négligent pas de traiter dans leurs communications le côté médico-légal qu'elles peuvent présenter, car des lois nouvelles lui donnent une importance encore plus considérable qu'autrefois. Il termine son allocution en renouvelant ses remerciements à ses collègues, pour l'honneur qu'ils lui ont fait en l'appelant à présider leurs travaux.

M. RITTI remercie les deux Présidents des éloges qu'ils lui ont adressés. C'est pour moi, dit-il, la plus douce récompense de mes 25 années de Secrétariat général.

M. DENY, absent à la dernière séance, adresse tous ses remerciements à ses collègues qui l'ont élu à la vice-présidence.

Prix Aubanel. — LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL fait connaître que quatre mémoires ont été envoyés pour le prix Aubanel, sur le sujet

suivant : *Valeur diagnostique des symptômes oculaires aux diffé rentes périodes de la paralysie générale, appuyée surtout sur des ob servations personnelles.*

Prix Esquirol. — Un seul mémoire a été envoyé.

Commission des prix. — *Prix Aubanel* : MM. Arnaud, Lwoff Pactet, Sérieux, et Sollier. — *Prix Esquirol* : MM. Blin, Colin Kéraval, Moreau (de Tours), Roubinowitch.

De la confusion du langage.

Rapport sur le travail de M. E. Stransky.

L'auteur a fait des expériences sur les associations d'idées chez les personnes normales et les déments précoces, expériences dont M. Kéraval donne le résumé.

Malformation congénitale uni-latérale de la face chez un idiot épileptique.

MM. Hamel et Wahl communiquent l'observation d'un jeune idiot épileptique, présentant une hypertrophie congénitale de tout un côté de la face.

Aphasie et tuberculose.

M. Pron communique l'observation d'un tuberculeux devenu aphasique.

M. B.

Séance du 26 février 1906. — Présidence de M. Marcel Briand.

Etude nosologique et pathogénique du délire des négations.

MM. Deny et P. Camus, à propos d'un cas de délire de négation corporelle et d'un autre cas de délire de négation intellectuelle, font ressortir que les idées de négation, les idées de doute, d'étrangeté, de changement, de transformation, les tendances aux mutilations et au suicide, devraient être groupées sous une même rubrique et former ce qu'on pourrait désigner sous le nom de syndrome cénesthésiopathique.

M. Vallon, tout en se refusant à admettre une origine périphérique aux idées hypochondriaques, approuve la distinction faite par les auteurs entre les deux délires hypochondriaques, intellectuel et corporel, présentés par leurs malades.

M. Vigouroux pense qu'une lésion périphérique peut orienter le délire, mais ne croit pas que MM. Deny et Camus soient [illegible] sés à faire intervenir une lésion cérébrale pour le déterminer.

M. Arnaud fait observer que, dans le délire de négation [illegible] ment intellectuel, la lésion des centres corticaux ne sa[illegible] invoquée. La question de l'influence de la cynesthésie

devrait, d'ailleurs, être posée dans tous les délires, quels qu'ils soient.

M. Pactet ne s'explique pas par quel mécanisme les perturbations de la sensibilité du cerveau peuvent conduire un aliéné à nier, non seulement l'existence de ses organes, mais celle du monde entier. Il s'élève, en outre, contre la terminologie étrangère du mot *paranoïa*, alors qu'en France nous avons le mot délire qui exprime la même idée.

M. Deny répond qu'il ne suffit pas à un sujet de ne pas avoir la sensation de ses organes pour en nier l'existence ; il lui faut aussi et surtout une prédisposition à délirer.

M. Laroussinie cite le cas d'un jeune homme qui, au cours d'une grippe à forme intestinale, croyait ne plus avoir d'estomac.

M. Vallon considère qu'il s'agit plutôt là d'un cas de délire infectieux.

Note sur l'emploi du véronal dans les maladies mentales.

MM. Lwof et Renon font connaître les résultats de l'expérimentation qu'ils ont faite du véronal, dans différentes formes mentales.

Troubles mentaux dans la sclérose en plaques. Présentation de malade.)

MM. Lhermitte et Halberstadt présentent une malade du service de M. Briand et dont ils communiquent l'observation. Il s'agit d'une jeune fille, atteinte de sclérose en plaques et de troubles intellectuels qui paraissent liés aux lésions du cerveau.

M. Lapointe pense que la malade est hystérique.

M. Colin incline vers le diagnostic de débilité mentale avec sclérose en plaques chez une hystérique. Pour lui, les malades atteints de sclérose en plaques sont moins déments qu'ils ne le paraissent.

M. Pactet a observé un malade, frappé de sclérose en plaques, qui présentait une grande confusion mentale. Celle-ci s'est améliorée et le malade a pu quitter l'asile. Peut-être en sera-t-il de même pour la malade présentée.

M. Thivet ne nie pas la coexistence de la sclérose avec un état manifestement démentiel, mais il ne voit dans ce fait qu'une association sans relation de cause à effet.

M. Marcel Briand, qui suit sa malade depuis longtemps, la considère comme frappée d'une démence, déjà accusée, qui n'a pas cessé de progresser.

M. Vigouroux [redacted] l'état démentiel doit être en rapport avec le nombre et [redacted] des plaques de sclérose.

M. Vallon [redacted] malade présente quelques stigmates physiques de [redacted]

M. B.

Séance du 26 mars 1906.

Psychose polynévritique par auto-intoxication gastrique.

MM. Sollier et Duhem communiquent l'observation d'un malade atteint de délire infectieux, puis de polynévrite avec amnésie et d'une psychose caractéristique de la maladie de Korsakoff.

Délire hypochondriaque en rapport avec une ectasie aortique.

M. Régis rapporte l'histoire d'un artério-scléreux, âgé de 6[illegible] ans, qui présenta un délire d'obstruction et de négation, en relation de caractère et de localisation avec de l'ectasie aortique. La radioscopie et la radiographie confirmèrent le diagnostic d'ectasie aortique, à forme légèrement ampullaire. Il insiste sur les services que peut rendre, à la médecine mentale, ce mode d'investigation.

M. Vallon fait remarquer que si le malade de M. Régis a orienté et localisé son délire, sous l'influence d'un processus scléreux, il était déjà antérieurement délirant.

M. Arnaud croit que cette observation vient à l'appui de ce qu'il pense sur la localisation topographique des idées délirantes.

M. Toulouse. — Le malade était-il affaibli intellectuellement?

M. Régis. — L'intelligence n'avait pas baissé, après six ans de délire.

M. Vallon fait remarquer, à propos de l'aggravation du délire consécutivement à deux voyages, qu'il vaut mieux ne pas faire voyager les aliénés délirants.

M. Vigouroux se demande si le délire ne tient pas plutôt à l'intoxication occasionnée par l'artério-sclérose qu'à celle-ci.

M. Colin rappelle que Charcot a déjà signalé les inconvénients des voyages chez les neurasthéniques.

M. Marcel Briand voit dans cette observation de M. Régis un appui à la théorie d'après laquelle le délire hypochondriaque ne serait qu'une étape du délire systématisé, étape correspondant, dans le délire chronique de Magnan, à la période des idées de grandeur. Hypochondriaques et persécutés commencent par être des inquiets et des mélancoliques qui cherchent leur voie. Les délirants (type Magnan) deviennent persécutés et mégalomanes et les déprimés (type Cotard) passent par l'hypocondrie pour aboutir au délire de négation ou au délire d'énormité, appelé aussi mégalomélancolie par M. Régis.

Simulation sur une base morbide.

M. Thivet rapporte l'observation d'un prédisposé névropathique, héréditaire, ayant simulé, pendant cinq mois, dans un but déterminé, des symptômes ressemblant à de l'agitation maniaque, et qui eut, plus tard, un véritable accès de manie.

M. B.

Séance du 30 avril 1906. — PRÉSIDENCE DE M. Marcel BRIAND.

LE PRÉSIDENT fait connaître que M. Thivet vient d'être l'objet d'une tentative de meurtre de la part du malade dont il a communiqué l'observation dans la dernière séance. Cet aliéné l'a frappé dans la région orbitaire, à l'aide d'un goulot de bouteille. Deux infirmiers ont été également blessés, en désarmant l'agresseur. M. BRIAND félicite M. Thivet d'avoir échappé à son meurtrier.

Délire mystique provoqué par les pratiques d'un magnétiseur.

M. DUHEM donne l'observation d'un homme, âgé d'une quarantaine d'années, chez lequel éclatèrent des troubles intellectuels à forme mystique, consécutivement à des pratiques de magnétisme, opérées par une guérisseuse.

LE PRÉSIDENT rappelle qu'une observation analogue, recueillie dans son service, a été publiée par M. LWOFF. Un cas comparable a encore été communiqué par M. Dheur.

Troubles mentaux consécutifs à un accident de travail.

MM. VIGOUROUX et DELMAS rapportent les observations de deux hommes ayant présenté des troubles intellectuels à la suite d'un accident de travail ; l'administrateur provisoire des aliénés, ajoutent-ils, s'occupe de leur faire obtenir l'indemnité à laquelle ils paraissent avoir droit. Les auteurs estiment que le médecin d'asile doit dans ses certificats signaler, s'il y a lieu, la possibilité d'un rapport de cause à effet entre l'accident et les troubles mentaux consécutivement constatés.

M. VALLON. — Lorsqu'un médecin agit comme expert, il reçoit des magistrats des documents recueillis par l'enquête. Il n'en est pas de même du médecin d'asile qui doit se montrer très prudent dans les certificats qu'il délivre aux familles intéressées. Il doit aussi ne pas oublier qu'il est lié par le secret professionnel.

M. GIRAUD. — Dans le département de la Seine-Inférieure, c'est un mandataire *ad litem* , désigné par le tribunal, et non par l'Administrateur provisoire, qui serait intervenu dans un cas analogue.

M. Marcel BRIAND estime que le médecin d'asile doit, dans son certificat, faire connaître à l'Administration préfectorale les faits relatifs aux intérêts de ses malades. L'administrateur provisoire, ainsi prévenu pourra faire, après enquête, nommer un mandataire *ad litem*, qui poursuivra les personnes responsables.

M. B.

Séance du 28 mai 1906. — Présidence de M. Marcel Briand.

Délire d'interprétation et paranoïa.

MM. Deny et Camus résument l'histoire d'un aliéné, présentant un délire systématisé chronique d'interprétation, comparable aux cas signalés par MM. Sérieux et Capgras et chez lequel on retrouve la conservation des facultés logiques, correspondant à l'absence des facultés auto-critiques. Cette absence d'auto-critique, avec intégrité de la logique, ne peut être imputée qu'à une anomalie psychique congénitale, dont les caractères sont suffisamment tranchés pour justifier la dénomination de paranoïa, qui lui a été attribuée par certains auteurs italiens, allemands, portugais, etc. En se basant sur la prépondérance de l'un ou l'autre de leurs éléments constitutifs, les délires paranoïaques peuvent être divisés en trois grandes catégories : a) les délires à base de représentations mentales exagérées ou obsédantes (persécutés-persécuteurs) ; — b) les délires à base d'interprétations erronées ; — c) les délires à troubles perceptifs ; ces derniers peuvent à leur tour se subdiviser en deux groupes : les délires à base de troubles cynesthésiques (folie hypochondriaque) et les délires à base de troubles sensitivo-sensoriels (délire chronique.)

En présence de ces différences constitutive et évolutive, les auteurs proposent, sinon de rattacher avec Kraepelin, tous ces délires à la démence précoce, du moins de les considérer comme une espèce psychopathique intermédiaire entre les délires paranoïaques proprement dits et la variété paranoïde de la démence précoce.

M. Vallon n'admet pas que les délires systématisés aboutissent à la démence. — M. Deny estime qu'il faudrait d'abord s'entendre sur le terme démence. Pour les uns, c'est la perte totale des facultés intellectuelles. Pour lui et la majorité des aliénistes la démence débute avec la désagrégation des facultés.

M. Pactet s'élève contre la terminologie nouvelle de *paranoïa* qui a, en français, son équivalent dans l'expression *état mental des dégénérés.*

M. Arnaud ne croit pas que le délire chronique aboutisse à la démence ; les délirants chroniques d'un âge avancé lisent encore les journaux. Il reproche au mot paranoïa d'avoir changé de sens, depuis sa création. — M. Deny. — Si les déments lisent les journaux, c'est sans les comprendre.

M. Toulouse est d'avis que la démence vésanique n'est pas une démence. C'est de la confusion mentale. Le paralytique général seul est un dément type. — M. Dupré ne peut se résoudre à considérer, comme atteints de confusion mentale, les vieux

vésaniques qualifiés habituellement de déments. Il conservera volontiers le terme paranoia, qui convient pour désigner certains états congénitaux caractérisés par des anomalies de la sensibilité et de l'intelligence.

M. VALLON. — Le mot « paranoia » varie de sens, avec les éditions des livres de Kraeplin.

M. KÉRAVAL. — La théorie de Kraeplin est fortement battue en brèche, même dans son pays, notamment par Zichem.

M. B.

Séance du 25 juin 1906 (1). — *Présidence de* M. Marcel BRIAND.

Prix Aubanel. — Conformément aux conclusions du Rapport de M. LOWFF, le prix Aubanel est décerné à MM. Schrameck, Mignot, et Parrot avec une somme de 1200 francs ; une récompense de 650 francs est décernée à MM. Privat de Fortunié, Raviard et Lorthiois, co-auteurs d'un mémoire ; la même somme est accordée dans les mêmes conditions à MM. Rodiet, Dubos, Caus, Pansier et Bricka ; enfin, une mention très honorable est attribuée à M. Cornu.

Le sujet du Prix Aubanel pour 1908 est le suivant : *Des amnésies dans les lésions organiques du cerveau.*

Eloges de Jules Falret. — Le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL prononce un éloquent éloge de JULES FABRET, ancien Président de la Société.

M. B.

Séance du 23 juillet 1906. — *Présidence de* M. Marcel BRIAND.

La phraséologie de certains dégénérés.

M. WAHL lit l'observation d'une quérulante, où l'on retrouve une phraséologie caractéristique de sa débilité mentale

Un cas de délire chronique à forme mégalomaniaque, avec autopsie.

M. MARCHAND communique, en son nom personnel et au nom de M. DOUTREBENTE, les particularités cliniques et anatomo-pathologiques présentées par un débile, délirant chronique, mort à la période des idées ambitieuses. — A l'autopsie on trouvera une méningo-corticalite chronique que les auteurs considèrent comcomme étant en rapport avec l'évolution du délire. M.B.

(1) Le soir au Banquet annuel, auquel assistaient la plupart des Membres de la Société et plusieurs des lauréats de la journée, les collègues de M. Ritti remettaient à leur Secrétaire général un bronze en souvenir de sa promotion dans la Légion d'honneur.

Séance du 29 octobre 1906. — Présidence de **M. Marcel Brian**

Paralysie générale traumatique.

M. Collet donne lecture de l'observation d'un paralytiqu général du Service de M. Vigouroux et dont il fait remonter l début et la cause de la maladie à une chûte de bicyclette. L accident aurait eu lieu sept ans avant la mort. A l'autopsie, o remarque que le crâne avait conservé la trace d'un traumatism et, en outre des lésions habituelles de la paralysie générale, o constata la présence d'une lésion cérébelleuse.

M. Joffroy demande si le malade présenta de l'amnésie rétr antéro-grade, au moment de son accident. Celle-ci en effet con titue, avec les troubles oculaires, un symptôme important de trau matisme cérébral. Si dans le cas cité le traumatisme est inter venu dans l'étiologie de la paralysie générale, il semble qu'il n'e soit pas la cause unique ou même principale.

M. Vigouroux. — Le malade ne présenta, tout d'abord, aucu trouble intellectuel et put reprendre son travail, mais à l'autop sie nous pûmes nous convaincre que les lésions prédominaie dans la région protubérantielle, au niveau même d'une exosto d'origine cicatricielle.

M. Vallon considère cette observation comme caractéristiqu parce qu'en dehors du traumatisme, on ne trouve aucune des cau ses habituelles de la paralysie générale : syphilis, alcool ou pr disposition.

M. Briand insiste sur l'intérêt à la fois scientifique et médic légal de l'étiologie traumatique de la paralysie générale. Il lui e arrivé plusieurs fois de rechercher quelle pouvait avoir été l'in fluence de l'accident invoqué, comme cause déterminante d'un méningo-encéphalite chronique. Il a pu toujours établir que c' tait au contraire, une paralysie générale méconnue à son débul qui avait favorisé l'accident incriminé, par suite d'une maladre se, ou même d'un ictus.

M. Vallon. — Dans le cas présenté par M. Collet, le traum tisme s'est produit sept ans avant la mort ; il ne semble donc pa qu'on puisse mettre la chute de bicyclette sur le compte d'un i tus. Tous les traumatisés du cerveau, ni tous les syphilitiques n deviennent pas paralytiques généraux et cependant personne n nie plus aujourd'hui l'origine syphilitique de certaines paralysie générales. Il se range à l'opinion de M. Vigouroux et estime qu' s'agit bien d'une paralysie générale traumatique.

M. Christian considère le traumatisme comme une caus adjuvante possible, mais d'autant moins démontrée que la mala die a débuté longtemps après l'accident.

M. Joffroy. — Les traumatismes du cerveau sont extrêmement fréquents et comme les traumatisés ne deviennent pas paralytiques généraux, le traumatisme ne suffit donc pas à produire la méningo encéphalite chronique ; il faut autre chose. Il y a tout lieu de croire que le malade, dont l'observation vient d'être exposée, serait devenu paralytique général, quand bien même il n'aurait jamais fait de chûte.

M. Gimbal indique qu'il a observé dans le service de M. Pactet, un homme devenu paralytique général, quelque temps après s'être tiré un coup de révolver dans la tête.

M. Briand. — N'était-il pas déjà paralytique au moment de sa tentative de suicide ?

M. Collet répond qu'il a observé aussi des paralytiques généraux, victimes d'accidents sans rapport étiologique avec leur maladie ; mais il lui semble que, dans son observation, la cause déterminante de la maladie a bien été la chûte de la bicyclette. Il existe bien, conclut-il, une pneumonie traumatique, une pleurésie traumatique ; pourquoi n'y aurait-il pas de paralysie générale traumatique ? M. B.

Séance du 26 novembre. — Présidence de M. Marcel Briand.

Maladie d'Addison et délire.

MM. Vigouroux et Delmas communiquent l'observationn d'un addisonnien ayant présenté des idées de persécution et de richesse. Sans pouvoir répondre à la question qu'ils se posent, relativement à l'étiologie du délire, les auteurs se demandent si l'insuffisance fonctionnelle des capsules surrénales a été son unique cause ou bien si elle n'a fait que l'orienter. Marcel Briand.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 10 *janvier* 1907

Au début de la séance, allocution de M. J. Babinski, président.

Syringomyélie post-traumatique.

MM. Lejonne et Chartier présentent un malade de 44 ans, qui, à la suite d'un écrasement de l'index droit, présente lentement et progressivement dans le membre correspondant les signes d'une syringomyélie : atrophie scapulo-humérale, exagération des réflexes, hyperesthésie et dissociations, douleurs profondes, scoliose, etc. Ils posent la question de l'influence du traumatisme sur l'affection médullaire.

Ptosis paralytique dans l'hystérie.

M. Sauvineau en rapporte deux cas chez des jeunes filles gué-

ries, l'une par suggestion, l'autre par suggestion et correction d'astigmatisme.

Neurasthénie thyroïdienne.

MM. L. Lévi et H. de Rothschild présentent une jeune fille atteinte neurasthénie et d'hypothyroïdie chronique, guérie de tous ces phénomènes par la médication thyroïdienne, alors que la psychothérapie avait échoué ; à l'intérêt du résultat thérapeutique s'ajoute celui de de l'étude de l'asthénie nerveuse dans ses rapports avec les actes thyroïdiens de la vie féminine et avec l'arthritisme en général.

Phobie hystérique de la marche.

M. A. Charpentier présente une femme de 60 ans qui, à la suite d'une émotion violente, survenue il y a quinze ans, ne peut marcher seule autrement qu'à petits pas, lents et hésitants ; l'absence de tout signe organique amena MM. Charpentier et Babinski au diagnostic de phobie hystérique, diagnostic confirmé par le traitement psychique.

Acromégalie et diabète.

MM. Grenet et Tanon présentent une malade du service de M. Brissaud, acromégalique avec apparition tardive de glycosurie ; celle-ci ayant cédé au régime antidiabétique, l'efficacité du traitement peut s'expliquer par la théorie qui rattache la glycosurie à un trouble de sécrétion hypophysaire plutôt qu'à une compression par tumeur.

Lésions des racines des ganglions rachidiens et des nerfs dans un cas de maladie de Friedreich.

MM. Déjerine et A. Thomas présentent des pièces qu'ils ont examinées par l'imprégnation à l'argent (méthode de Ramon y Cajal.)

Action de la scopolamine sur la chorée de Sydenham.

M. Babinski a obtenu dans certains cas de bons résultats par l'injection de bromhydrate de scopolamine.

Réactions électriques dans le tétanos guéri.

M. E. Bonniot a examiné à ce point de vue un malade du service de M. Œttinger : l'excitabilité galvanique des nerfs est modifiée, il est difficile de provoquer le tétanos musculaire de fermeture, ce qui établit la différence avec la tétanie, où les réactions sont normales et même exagérées.

Petites hémorrhagies sous la pie-mère cérébrale dans l'épilepsie.

MM. Alquier et Anfimow ont constaté l'existence, sur dix

cerveaux d'épileptiques, de petites hémorragies superficielles et disséminées intéressant les fibres tangentielles et évoluant vers la sclérose. Ces lesions destructives peuvent expliquer la progression des troubles mentaux chez les épileptiques, et la sclérose dans ce cas est la conséquence et non la cause de l'épilepsie.

Cas de trophœdème chronique par MM. Parhon et Florian (note communiquée par M. Henry Meige). Ce cas intéressant est attribué à une altération des centres psychiques du tissu conjonctif sous-cutané.

Communication de MM. Lenoble et Aubineau sur un cas de *nystagmus myoclonie.*

Dissociation des réflexes tendineux et cutanés dans l'hémiplégie organique spasmodique, par MM. Noica et Marbé (Note communiquée par M. Babinski.) J. Rolet.

BIBLIOGRAPHIE

V.—*Demi-fous et demi-responsables*, par le prof. Grasset, in-8° de 295 pages, 1907. Alcan, édit. (Bibl. de philos. contemp.)

Le nouvel ouvrage du prof. Grasset, qui avait été annoncé et préparé par un article de la *Revue des Deux-Mondes* du 15 février 1906, nous paraît destiné à soulever les plus graves objections dans le monde aliéniste : c'est que le sujet en est d'un très grand intérêt actuel. et l'auteur, l'éminent clinicien de Montpellier. Déjà, M. Parant, en une critique courtoise, mais sévère, parue dans les *Ann. méd. psych.* de mai-juin 1906, s'était élevé avec énergie contre les conclusions de l'article de la *Revue des Deux-Mondes* ; mais M. Grasset maintient plus que jamais ses conclusions dans son livre et leur donne un large développement. Il faut donc s'attendre, puisque sa théorie ne tend à rien moins qu'à renverser toutes les doctrines psychiatriques en cours, à une générale levée de boucliers. On ne trouvera ici, bien entendu, qu'une rapide analyse ; nous n'avons ni l'autorité, ni l'expérience nécessaires pour nous permettre une critique du prof. Grasset ; nous n'aurons pas l'impudence de donner notre personnelle opinion sur son ouvrage.

Tout d'abord, l'existence de la demi-folie est posée en principe dans l'introduction : les demi-fous ont existé de tout temps ; ils nous coudoient dans la rue ; mais tandis que les fous ont leur

place dans la société actuelle, celle des demi-fous n'est pas précisée ; on les juge mal ; certains d'entre eux ont une haute valeur sociale, d'autres sont des êtres nuisibles. Le but de l'auteur est d'abord de prouver l'existence médicale des demi-fous, ensuite d'établir leur valeur sociale, et, conséquemment d'étudier les droits et devoirs de la Société envers ces malades. C'est la question de la responsabilité atténuée, que M. Grasset identifie avec sa demi-responsabilité. C'est, dit-il une question exclusivement médicale.

Dans le chapitre Ier, M. Grasset établit l'existence des demi-fous en les montrant dans la littérature et au théâtre. Le grand nombre de héros de romans demi-fous, affirme-t-il, est une première preuve de leur présence dans la société, preuve *populaire*. Et il cite : le Don Quichotte de Richepin, Macbeth, Hamlet, de Shakespeare, les héros d'Ibsen, de Björnson, de Wagner, ceux de la littérature russe, le malade imaginaire de Molière, certains types de Balzac, Flaubert, Zola, H. Malot, P. Bourget, etc...

Le chapitre II est consacré à la réfutation des doctrines qui, selon M. Grasset, nient les demi-fous. Ces doctrines se ramènent à deux : 1° celle des deux blocs : on est fou ou on ne l'est pas ; l'humanité est divisée en deux groupes : ceux que l'on enferme et ceux qui enferment ; 2° celle du bloc unique : il n'y a que des gens plus ou moins raisonnables, c'est une question de degré, sans ligne de démarcation possible. M. Grasset réfute la doctrine des deux blocs en disant en substance : cette doctrine se base sur l'indivisibilité de la personne humaine, grâce à laquelle il ne peut y avoir de demi-altération. Mais, si la personne humaine est indivisible, dit M. Grasset, les organes psychiques sont multiples et complexes et peuvent être partiellement altérés. Il y a des centres psychiques supérieurs et inférieurs, dans des zones différentes, et il y a deux catégories de malades : les mentaux, qui sont des fous, et les psychiques ou demi-fous. Nous ne pouvons insister sur le développement, mais nous n'avons pas compris comment, la personne humaine étant une et indivisible, le cerveau humain, qui est son substratum, son organe, serait divisible ? Quelle force cachée, extra-humaine, établit donc cette unité ? On ne peut faire de l'âme, ou personnalité, quelque chose de différent de son organe, le cerveau. De plus, si l'on connaît un peu le siège des fonctions psycho-motrices, où est celui des fonctions psychiques supérieures ? le lobe frontal ? Mais où est la lésion préfrontale des délirants chroniques, des fous moraux, etc..., de tous les demi-fous de M. Grasset ?

Au sujet de la théorie du bloc unique, M. Grasset dit que, pour ses partisans, l'humanité ne forme qu'un bloc, une série, allant du plus sensé au plus fou : « Alors, conclut-il, il n'y aurait pas

de demi-fous, *puisqu'il n'y a plus de fous, ou que tout le monde est fou à des degrés divers* ». Mais il nous semble que le fait d'admettre une série d'un point à un autre n'entraîne pas la négation de ces points : si l'on dit que, du raisonnable au fou, il y a une série d'intermédiaires, cela ne veut pas dire qu'il n'y a que des fous ou que des raisonnables ; si l'on dit que, du moins riche au plus riche, il y a des intermédiaires, cela ne veut pas dire qu'il n'y a plus de riches ou qu'il n'y a plus de pauvres. En second lieu, M. Grasset dit que l'édification de cette théorie repose sur cette idée que l'existence d'intermédiaires entre deux êtres prouve l'identité de ces deux êtres. « Non, répond-il, cela n'est pas plus exact que de dire que l'état de santé ne diffère pas de l'état de maladie parce qu'il y a des degrés de maladie ». C'est évident ; mais on n'a jamais dit cela, et les théories darwiniennes, qui établissent la filiation de l'homme au singe, ne signifient pas que l'homme est un singe. Si les deux points extrêmes de la série étaient identiques, il n'y aurait pas lieu d'admettre des intermédiaires !

Après avoir ainsi déblayé le terrain, M. Grasset tente une démonstration clinique de la demi-folie. Il rappelle d'abord Trélat, et accepte comme demi-fous tous ses « fous lucides ». Puis, d'après la neuroclinique moderne, il classe les demi-fous en 3 groupes ; sont demi-fous : 1° certains fous internés dans les asiles, c'est-à-dire tous les délirants partiels « avec qui l'on peut causer longuement sans rien observer que de la bizarrerie, jusqu'à ce qu'ils vous disent qu'ils sont empereurs ou persécutés par les loges... » ; 2° les périodiques, qui sortent de l'asile pour un temps et restent sous la menace d'une rechute ; 3° ceux qui ne sont jamais fous et restent demi-fous toute leur vie (excentriques, originaux, etc.)

Cette classification, dont M. Parant a déjà dit qu'elle ne correspond pas aux notions cliniques de la psychiâtrie, est suivie de l'analyse des symptômes de la demi-folie ; ils sont les mêmes que chez les fous, mais s'en distinguent par leur limitation plus grande et leur moindre durée. Ce sont : les illusions et hallucinations ; les obsessions ; les délires (!), idées de grandeurs, d'inventions, de ruine, de négation, de transformation, de persécution, de défense, mystiques, érotiques ; les impulsions (!) même homicides, les aboulies, les troubles de la cénesthésie, de l'idée du moi, du psychisme social, sexuel et familial. Puis, vient l'énumération des maladies dans lesquelles on trouve des demi-fous, en adoptant la classification de Régis : « On peut trouver des demi-fous à peu près dans chacun des types établis par les psychiâtres », dit M. Grasset. Ainsi, le délire systématisé secondaire qui se montre dans les manies chroniques, est de la demi-folie ! Certains confus mentaux sont des demi-fous ; certaines psychoses systématisées progressives appartiennent à la demi-folie, jusqu'à ce que le

malade cherche la cause de ses maux en dehors de lui (n'est-ce pas un peu tard ?) : les déséquilibrés, tous ceux qu'on a mis sur les frontières de la folie sont des demi-fous. Mais que d'objections nous paraît pouvoir soulever cette assertion ! De même, les dégénérés moyens, dangereux ou non, persécutés, processifs, etc., les fous moraux, certains imbéciles, épileptiques, hystériques, neurasthéniques. — La conclusion est que les demi-fous existent, et que chez eux, « il y a affaiblissement du psychisme supérieur, et hyperactivité fonctionnelle, *non contrôlée*, du psychisme inférieur. » Nous prenons la liberté de demander si cette définition du demi-fou ne pourrait pas s'appliquer à des fous complets car, du moment qu'il y a hyperactivité *non contrôlée* des fonctions du psychisme inférieur (impulsions par exemple), peut-on dire qu'un individu qui ne peut exercer ses facultés de contrôle n'est pas un aliéné ?

Dans le chapitre IV est établie la valeur sociale des demi-fous ; certains sont très actifs et peuvent rendre des services à la Société, être même très supérieurs. Comme preuve, M. Grasset énumère un grand nombre de penseurs et de prétendus génies, en relevant leurs tares psychiques (selon lui, leur demi-folie) : Socrate, Pascal, A. Comte, St-Simon, Tolstoï, de Maupassant, Villemain, J.J. Rousseau, Flaubert (épilepsie), Baudelaire, Musset, Montesquieu (qui agitait les pieds en travaillant), Cujas (qui travaillait couché), Bossuet (qui travaillait dans une chambre froide), Zola, Balzac, Hugo, Le Tasse, Nietzsche, E. Poë, Newton, Darwin (neurasthénie), Mozart (précoce), Beethoven (qui se lavait à l'eau froide), enfin un certain nombre d'épileptiques. La conclusion, c'est que le génie n'est pas une névrose, mais la névrose est la rançon du génie. « Donc, dit M. Grasset, certains demi-fous ont une haute valeur sociale, ce qui les distingue des fous ». S'il y a des demi-fous utiles, il en est de nuisibles. Quelle doit être la conduite de la société vis-à-vis d'eux ? Cette question est l'objet du chap. V.

La nocivité des demi-fous s'exerce soit par l'exercice régulier de leurs droits d'hommes libres (mariage, descendance), soit directement (délits et crimes). Au point de vue criminel, M. Grasset estime que les idées de Lombroso ont des rapports étroits avec la doctrine de la demi-folie. Mais il lui reproche d'avoir fait jouer à l'hérédité ancestrale un rôle exclusif. Il faut, dit M. Grasset, tenir compte de deux grands éléments : la morale et le milieu. Les crimes des demi-fous sont caractérisés par le fait que leurs auteurs passaient jusque-là pour normaux ; puis, un examen médical a montré des tares : telles sont les empoisonneuses, étudiées récemment par R. Charpentier. Mais alors, pourquoi M. Grasset constitue-t-il son 2e groupe de demi-fous avec d'anciens fous ? Ceux-là aussi commettent des crimes ! par quel moyen pourrons-nous distinguer les nuisibles des utiles ? M. Grasset ne le dit pas...

Dès lors, la société doit : 1° traiter les demi-fous, par un isolement spécial (services spéciaux d'hospices) ; 2° se garantir contre leurs méfaits. Cette prophylaxie doit être dirigée contre : l'hérédité, la contagion nerveuse, la mauvaise hygiène, les infections ou intoxications. Le médecin dirige cette lutte par la surveillance du mariage (M. Grasset conseille de provoquer une conférence des médecins des deux familles avant toute union) et celle de la formation de l'enfant et du citoyen : éducation, surmenage à éviter, choix d'une carrière (agriculture pour les gros tarés). Ici, nous trouvons ces deux phrases : « le *mariage*, le célibat, la *vie religieuse*, ne font que du bien, s'ils sont une vocation ; le *service militaire* fait en général plutôt du bien aux prédisposés nerveux » ; (les mots soulignés le sont par l'auteur). Combien de psychiâtres considèrent au contraire la vocation monacale comme une tare ! Et la vie militaire, peut-elle fournir les éléments de la psychothérapie nécessaire aux demi-fous ? suivent, quelques règles d'hygiène générale pour les prédisposés nerveux : pas de vie à outrance, d'arrivisme, etc...

Et nous arrivons à la partie la plus *grave* du livre : les demi-fous devant la justice. La responsabilité ne doit pas être envisagée au point de vue philosophique, mais physiopathologique : le système nerveux est ou non en état d'intégrité, et l'individu peut ou non peser les motifs. Le médecin n'a pas à s'occuper de l'âme, dit M. Grasset. (Mais pourquoi donc ? puisque l'âme n'est que l'ensemble des fonctions du cerveau ? peut-on séparer un organe de ses fonctions ?) Et il ajoute : « Pour qu'un sujet soit médicalement responsable d'un acte, il suffit qu'il ait une saine notion de ce que permet ou défend la loi civile... » (Oh ! combien de fous, archi-fous, savent pourtant qu'il est défendu de tuer, de voler !) Le criterium de la responsabilité est l'intégrité des neurones psychiques. (Mais où sont ces neurones ? et comment sont-ils malades ? le savons-nous ?). Et cependant M. Grasset conclut que la responsabilité est fonction des neurones psychiques, et que le rôle de l'expert consiste uniquement à déterminer l'état et le fonctionnement des neurones psychiques (on avouera que c'est là une ingrate besogne dans l'état de la science). Il adopte, en l'adaptant aux demi-fous, la doctrine de Saleilles, qui concerne les fous. M. Grasset réfute ensuite les doctrines de ceux qui nient la responsabilité atténuée : il faut séparer la question médicale de la responsabilité atténuée de la conduite légale à tenir vis-à-vis des demi-responsables. La responsabilité atténuée (est-ce bien la demi-responsabilité ?) existe : elle est la conséquence de l'altération partielle des neurones psychiques (?). Dans l'examen de la conduite à tenir, M. Grasset déclare qu'il n'est pas partisan des peines raccourcies. Le demi-fou doit être mis en prison : *il comprend le gendarme* ! dans un quartier spécial de prison ou de mai-

son de santé, où le médecin intervient ; mais il faut que son traitement soit infligé comme une *peine*. Après avoir purgé cette condamnation. le demi-fou doit être *retenu*, quand il cesse d'être *détenu*, dans une maison spéciale, pour un temps illimité et soumis à l'appréciation médicale. Quant à l'autorité qui prononcerait la peine, M. Grasset se déclare incompétent pour le décider, mais ses préférences iraient à un jury technique exclusivement médical. La nouvelle loi sur les aliénés devrait contenir un titre spécial consacré aux demi-fous et à la responsabilité atténuée.

Enfin, le livre se termine par une réponse aux objections si judicieuses que Parant formula dans l'article cité plus haut (*Ann. méd. psych.*, mai-juin 1906). M. Grasset maintient cependant ses conclusions générales, que nous venons d'analyser. Quant à nous, trop respectueux pour oser émettre des critiques, nous attendrons avec confiance de nouvelles réfutations autorisées des doctrines de M. Grasset, que ne manquera pas de provoquer son ouvrage. E. Coulonjou.

VI. — *La neurasthénie génitale féminine*, par le Dr J. Batuaud, in *Bibl. de la nutrition*, Maloine éd. 1906, 1 vol. de 260 pages.

Ces études avaient déjà paru, sous forme d'articles, dans la *Revue des maladies de la nutrition*, de 1903 à 1906. L'auteur se propose de démontrer que nombre d'affections génitales chez la femme ont des rapports avec la neurasthénie, soit qu'elles en dérivent, soit qu'elles la provoquent ; il définit la neurasthénie comme Huchard, la névrose *arthritique*, l'arthritisme étant sa caractéristique humorale. Tout d'abord, l'influence de la neurasthénie sur l'appareil utéro-ovarien est théoriquement rationnelle. car on sait que les ptoses viscérales sont la caractéristique anatomo-pathologique de l'arthritisme. Cette influence se traduit par des troubles de statique utérine (atonie de l'appareil suspenseur), l'instabilité utérine, et les rétrodéviations. Dans le traitement de la seconde, on doit pratiquer la gymnastique des abducteurs et des adducteurs, le massage de l'utérus ; pas d'immobilité ! Les rétrodéviations des nullipares sont dues en grande partie à la névrose, et souvent aussi celles des multipares ; il ne faut pas les opérer. mais faire un traitement gynécologique médical, la réduction manuelle (procédés de la bascule et du soulèvement), le massage utérin, le pessaire de Hodge-Bouilly. — Après les troubles de statique. M. Batuaud étudie les névralgies pelviennes, qui souvent reposent sur de petites lésions : le pronostic en devient favorable si on use du traitement médical : révulsion, dilatation du col, massage, traitement thermal (Néris), repos relatif, régime des dilatés et reconstituant, douches écossaises. (12 observations de sa pratique, suivies depuis 10 ans). Comme

troubles circulatoires et trophiques, il décrit: les congestions utéro-annexielles; les pseudo-métrites ; l'hypertrophie transitoire de l'utérus ; les adhérences pelviennes. — Il existe, par contre, une neurasthénie d'origine génitale ; il faut une tare névropathique, mais la névrose est bien plus souvent cause qu'effet; il existe surtout une neurasthénie post-opératoire (Picqué et Dagonet), à côté des psychoses de même origine ; puis, l'auteur consacre un chapitre à la *clinomanie* neurasthénique, s'observant chez les femmes qui ont une lésion génitale chronique et que Bouilly appelait les *endolories* ; ce sont toujours des phobiques de la douleur ou de la mort. Un dernier chapitre résume l'ouvrage et surtout la thérapeutique, en laquelle M. Batuaud a une grande confiance, grâce aux nombreux succès qu'elle lui a donnés dans sa pratique.

E. COULONJOU.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Asiles privés faisant fonctions d'asiles publics, quartiers d'hospice et maisons particulières, avec les noms des médecins en chef et médecins adjoints et le nombre des internes.

AIN. — Pas d'asile public d'aliénés. — 2 asiles privés faisant fonctions d'asiles publics : 1° Asile St-Georges (hommes), à Bourg. Directeur-médecin, Dr Adam, 1 interne. — 2° Asile Ste-Madeleine (femmes), à Bourg. Médecin-chef, Dr Louis ; Médecin-adjoint, Dr Dupré ; pas d'interne.

AISNE. — Asile public de Prémontré. Médecin-directeur, Dr Pilleyre ; Médecin adjoint, Dr Gimbal ; 2 internes.

ALLIER. — Asile public de Ste-Catherine, près Moulins : Médecin-directeur, Dr Monestier ; Médecin adjoint, Dr Vernet ; 2 internes. — Colonie familiale d'Ainay-le-Château : Médecin-directeur, Dr Bonnet ; pas d'interne.

ALPES (BASSES-). — Pas d'asile.

ALPES (HAUTES-). — Pas d'asile.

ALPES-MARITIMES.— Pas d'asile public.— Asile privé St-Pons, faisant fonctions d'asile public : Médecin-chef, Dr Planat; Médecins adjoints, Drs Auby, Pietri; Cossa, médecin en chef inspecteur; pas d'interne.

ARDÈCHE. — Pas d'asile public. — 1 asile privé, Sainte-Marie-de-l'Assomption, faisant fonctions d'asile public : Médecin-chef, Dr X... ; Médecin-adjoint, Dr Daday ; 2 médecins suppléants : Drs Blache, Benoit (Pierre) ; pas d'interne.

ARDENNES. — Pas d'asile.

ARIÈGE. — Asile public de Saint-Lizier : Directeur-médecin. Dr Malfilatre ; 1 interne.

AUBE. — Pas d'asile.

AUDE. — Pas d'asile public. — 1 asile privé faisant fonctions d'asile public. Limoux : Médecin-chef, Dr Rougé ; Médecin adjoint, Dr Giret ; pas d'interne.

AVEYRON. — Asile public de Rodez : Directeur-médecin, Dr Fenayrou ; 2 internes.

BOUCHES-DU-RHONE. — 2 asiles publics : 1° Saint-Pierre, à Marseille : Directeur, M. Denizet ; Médecins-chefs, Drs Journiac, Allombert, Goget ; Médecins-adjoints : Drs Pelissier, Dromard : 2 internes en médecine ; 2 internes en pharmacie. — 2° Aix. Directeur. M. Guichet ; Médecins chefs, Drs Maunier et Toy ; pas d'interne. — 3 maisons de santé : Sainte-Marthe : Directeur-médecin, Dr Lachaux . — Le Canet : Médecin-chef, Dr Bidon. — Saint-Paul. Médecin-chef, Dr Séja.

CALVADOS. — Pas d'asile public. — 1 asile privé faisant fonctions d'asile public : Le bon-Sauveur, à Caen : Médecins-chefs : Drs Guillot, Gosselin ; Médecins adjoints : Dr Corchet, Lemonnier, officier de santé ; pas d'interne.

CANTAL. — Pas d'asile public. — Quartier d'hospice à Aurillac Médecin chef, Dr Fesq ; Médecin adjoint, Dr Béniac ; pas d'interne.

CHARENTE. — Asile public de Breuty-la-Couronne, près Angoulême : Médecin-directeur, Dr Bellat ; 2 internes.

CHARENTE-INFERIEURE. — Asile public de Lafond près la Rochelle : Médecin-directeur, Dr Mabille ; Médecin adjoint, Dr Ducos ; 1 interne.

CHER. — 1° Asile public de Beauregard, près Bourges : Médecin-directeur, Dr Homery ; 1 interne. — 2° Colonie familiale de Dun-sur-Auron : Médecins adjoints : Drs Truelle, Ameline, Capgras ; pas d'interne.

CORRÈZE. — Pas d'asile public. — 1 asile privé faisant fonctions d'asile public : La Cellette : Médecin-chef, Dr Bargy ; Médecin adjoint, Dr Louradou ; pas d'interne.

CORSE. — Pas d'asile.

CÔTE-D'OR. — Asile public d'aliénés de Dijon : Médecin directeur, Dr Garnier ; Médecin adjoint, Dr Castin ; 2 internes.

CÔTES-DU-NORD. — Pas d'asile public. — 1° Quartier d'hospice à Saint-Brieuc : Médecin-chef, Dr Guibert ; Médecin adjoint, Dr Tostivint ; pas d'interne. — 2° Asile privé faisant fonctions d'asile public : Lehon : Médecin-chef, Dr Ollivier ; Médecin adjoint, Dr Chatellet ; pas d'interne. — 3° Asile privé faisant fonctions d'asile public : Bégard : Médecin-chef, Dr Le Cuziat ; Médecin adjoint, N... ; pas d'interne.

CREUSE. — Pas d'asile.

DORDOGNE. — Pas d'asile.

DOUBS. — Pas d'asile. — Quartier d'hospice à Besançon : Médecin-chef, Dr Baudin ; Médecin adjoint, Dr Toulin ; Chirurgien, Dr Gounaud ; 1 interne.

DROME. — Pas d'asile.

EURE. — Asile public d'Evreux : Médecin-chef-directeur, Dr Bessières ; Médecin faisant fonction de médecin adjoint, Dr Broquère ; 2 internes.

EURE-ET-LOIR. — Asile public de Bonneval : Médecin-directeur, Dr Dericq ; 2 internes.

FINISTÈRE. — Asile public de Saint-Athanase, près Quimper : Médecin-directeur, Dr Meilhon ; Médecin adjoint, Dr Lagriffe ; 1 interne. — Quartier d'hospice à Morlaix : Dr Bodros ; pas d'interne.

GARD. — Pas d'asile.

GARONNE (HAUTE-). — 1° Asile public de Braqueville : Médecin directeur, Dr Dubuisson ; Médecins adjoints : Drs Bonne, Coulonjou ; 2 internes. — 2° Maison de santé du Dr Parant : Dr Parant; pas d'interne. — 3° Clinique d'observation à l'hospice de la Grave, à Toulouse : Dr Rémond (professeur) ; 2 internes.

GERS. — Asile public d'Auch : Médecin directeur, Dr Chevalier-Lavaure ; 2 internes.

GIRONDE.—2 asiles publics : 1° Bordeaux : Directeur, M. Josserand ; Médecin-chef, Dr Anglade ; Médecin adjoint, Dr Jacquin ; 2 internes. — 2° Cadillac : Directeur M. Léo Meillet ; Médecin-chef. Nicoulau ; 3 internes. — Asile privé de Castel-d'Andorte, au Bouscat : Médecin-directeur, Dr Lalanne ; 1 interne.

HÉRAULT. — 1° Quartier d'hospice à Montpellier : Médecin-chef, Dr Mairet (professeur) ; Médecin adjoint, Dr Ardin-Delteil ; 3 internes. — 2° Maison de santé Rech : Directeur, Dr Bonnaud ; Médecin-chef, Dr Baumel ; pas d'interne.

ILLE-ET-VILAINE. — Asile public de Rennes : Directeur, M. Cuvelier ; Médecin-chef, Dr Sizaret ; Médecin adjoint, Dr Dide ; 3 internes.

INDRE. — Pas d'asile.

INDRE-ET-LOIRE. — Pas d'asile public. — Quartier d'hospice à Tours : Médecin-chef, Dr Archambault ; 1 interne.

ISÈRE. — Asile privé de Saint-Robert : Directeur, M. Gex ; Médecin-chef, Dr Allaman ; 2 internes. — Asile privé de Meyzieux : Médecin-directeur, Dr Courjon ; Médecin adjoint, Dr Larrivé ; pas d'interne.

JURA. — Asile public de Saint-Ylie : Directeur, M. Biery ; Médecin-chef ,Dr Santenoise ; Médecin adjoint :Dr X... ; 2 internes. — Maison de santé : Les Capucines (Dôle), Drs Rouby et Venassier.

LANDES. — Pas d'asile.

LOIR-ET-CHER. — Asile public de Blois : Médecin-directeur, Dr Ramadier ; Médecin adjoint. Dr Marchand ; 1 interne.

LOIRE. — Pas d'asile.

LOIRE (HAUTE-). — Pas d'asile public. — 1 asile privé faisant fonctions d'asile public : Montredon : Médecin-chef, Dr Bonhomme ; Médecins adjoints : Drs Abrial, Kœppelin ; pas d'interne.

LOIRE-INFÉRIEURE. — Pas d'asile public. — 1° Quartier d'hospice Saint-Jacques, à Nantes : Médecin-chef, Dr Biaute : Médecin adjoint, Dr Houeix de la Brousse ; 2 internes. — 2° Maison de santé Francheteau : Directeur-médecin, Dr Fortineau ; pas d'interne.

LOIRET. — Pas d'asile public. — Quartier d'hospice à Orléans : Médecin-chef, Dr Raynaud ; 2 internes.

LOT. — Pas d'asile public. — 1 asile privé faisant fonctions d'asile public : Leyme : Médecin-chef, Dr Briche ; Médecin adjoint : M. Arsimoles ; pas d'interne.

LOT-ET-GARONNE. — Pas d'asile public. — Quartier d'hospice à Agen : Médecin-chef, Dr Mahon ; pas d'interne.

LOZÈRE. — Asile public de Saint-Alban : Médecin-directeur, Dr Nolé ; 2 internes.

MAINE-ET-LOIRE. — Asile public de Sainte-Gemmes, près d'Angers : Médecin-directeur, Dr Dubourdieu ; Médecin adjoint Dr Charpentier ; 2 internes.

MANCHE. — Pas d'asile public. — 3 asiles privés faisant fonctions d'asiles publics : 1° Pontorson : Médecin-chef, Dr François : Médecin adjoint, Dr Bailleul ; pas d'interne. — 2° Picauville : Médecin-chef, Dr Viel ; Suppléant, Dr Bellée ; pas d'interne. — 3° Saint-Lô : Médecin-chef, Dr Lhomond ; pas d'interne.

MARNE. — Asile public de Châlons-sur-Marne : Médecin-directeur, Dr Guyot ; Médecin adjoint, Dr Guiard ; 1 interne.

MARNE (HAUTE-). — Asile public de Saint-Dizier : Médecin-directeur, Dr Chaussinand ; 2 internes.

MAYENNE. — Asile public de Laroche-Gandon : Médecin-directeur, Dr Pain ; Médecin adjoint, Dr X... ; 1 interne.

MEURTHE-ET-MOSELLE. — 1° Asile public de Maréville : Directeur, M. Gruhier ; Médecins-chefs, Drs Paris, Charuel, Lalanne : Médecin adjoint, Dr Aubry ; 5 internes. — 2° Maison de santé de la Malgrange : Médecin-directeur, Dr Picard ; pas d'interne. — 3° Quartier d'hospice de Saint-Nicolas : Médecin-chef, Dr Dupré : pas d'interne.

MEUSE. — Asile public de Fains : Médecin-directeur, Dr Galopain ; Médecin adjoint, Dr Ricoux ; 3 internes.

MORBIHAN. — Asile public de Lesvellec : Médecin-directeur, Dr Cronstel ; Médecin adjoint, Dr Bécue ; 1 interne.

NIÈVRE. — Asile public de la Charité : Médecin-directeur, Dr Levet ; Médecin adjoint, Dr Terrade ; 2 internes.

NORD. — 1° Asile public d'Armentières : Directeur, M. Gaspa : Médecin-chef, Dr Chardon ; Médecins adjoints, Drs Raviart et Privat de Fortunié ; 2 internes. — 2° Asile public de Bailleul ; Direc-

teur, M. Simonnet ; Médecins-chefs, Drs Chocreaux et Maupaté : Médecins adjoints, Dr Halberchtadt ; 2 internes. — 3° Asile privé faisant fonctions d'asile public : Lommelet : Médecin-chef, Dr Bouchaud ; Médecin adjoint, Dr Lecocq ; pas d'interne.

Oise. — Asile public de Clermont : Directeur, M. Mabille ; Médecins-chefs, Drs Boiteux, Thivet ; Médecins adjoints, Drs Roques de Fursac, Masselon ; 4 internes.

Orne.—Asile public d'Alençon : Médecin-directeur, Dr Baruk ; Médecin adjoint, Dr Levassort ; 1 interne.

Pas-de-Calais. — Asile public de Saint-Venant : Médecin-directeur, Dr Cortyl ; Médecin adjoint, Dr Damay ; 1 interne.

Puy-de-Dome. — Pas d'asile public. — 1 asile privé faisant fonctions d'asile public : Sainte-Marie-de-l'Assomption : Médecin-chef, Dr Dubois ; Médecin adjoint, Dr Fouriaux (J.). ; 2 internes.

Pyrénées (Basses-). — Asile public de Saint-Luc : Médecin-directeur, Dr Girma ; Médecin adjoint, Dr Cornu ; 3 internes.

Pyrénées (Hautes-). — Pas d'asile.

Pyrénées-Orientales. — Pas d'asile.

Rhin (Haut-). (Territoire de Belfort). — Pas d'asile.

Rhône. — 1° Asile public de Bron : Directeur, M. Sabail ; Médecins-chefs, Drs Rousset, Viallon ; Médecins adjoints, Drs Papillon Lépine, Dodero ; 5 internes. — 2° Asile privé faisant fonctions d'asile public : Saint-Jean-de-Dieu : Médecin-chef, Dr Devay ; Médecins adjoints, Drs Carrier, Martin ; pas d'interne. — 3° 4 maisons de santé : Saint-Vincent-de-Paul ; Médecin-chef directeur, Dr Carrier ; 2 internes. — Champ-Vert : Médecin-chef-directeur, Dr Rabattel ; 2 internes. — Vaugneray : Médecin-chef-directeur, Dr Serullaz ; pas d'interne. — Verbe-Incarné : Médecin-chef-directeur, Dr Bertoye ; pas d'interne.

Saône (Haute-) et Saône-et-Loire. — Pas d'asile.

Sarthe. — Asile public du Mans : Directeur, M. Grisez ; Médecin-chef, Dr Bourdin ; 2 internes.

Savoie.— Asile public de Bassens : Directeur, M. X... ; Médecin en chef, Dr Dumaz ; Médecin adjoint, Dr X... ; 2 internes.

Savoie (Haute-). — Pas d'asile.

Seine. — 1° Asile clinique : Directeur, M. Guillot ; Médecins en chefs, Drs Magnan, professeur A. Joffroy, Dubuisson, Dagonet, Vallon ; 2° Villejuif : Directeur, M. Monteil ; 5 médecins en chef, MM. Briand, Toulouse, Marie, Collin, Pactet. — 3° Bicêtre : Médecins-chefs, Drs Féré, Séglas, Chaslin, Nageotte ; Médecin-adjoint Dr Riche. — 4° Salpêtrière : Médecins-chefs, Drs Voisin, Charpentier, Deny ; Médecin adjoint, Dr Roubinowitch ; 43 internes pour tous les asiles de la Seine. — Ville-Evrard (en Seine-et-Oise) : Directeur, M. Sigismont-Lacroix ; 4 médecins en chef MM. Keraval, Legrain, Marandon de Montyel, Sérieux ; 5 internes en médecine, 3 en pharmacie. — 5° Charenton : Directe [illegible] nale ; 2 mé-

decins en chef, MM. Ritti et X...; Médecin-sup.: N... ; 4 internes.— 6° 12 maisons privées, 23 médecins en chef et 11 médecins adjoints: 6 internes (1).

SEINE-INFÉRIEURE. — 1° Asile public de Saint-Yon : Médecin-directeur : Dr Giraud ; Médecins adjoints : Drs Pochon, Brunet ; 3 internes. — 2° Asile public de Quatre-Mares : Médecin-directeur, Dr Lallemand ; Médecin-chef, Dr Thibaut ; 2 internes. — 3° Quartier d'hospice au Havre : Dr Caron ; 1 interne. — 4° Quartier d'hospice à Dieppe : Médecin-chef, Dr Hurpy ; Médecin adjoint, Dr Piquet ; 1 interne.

SEINE-ET-MARNE. — Pas d'asile.

SEINE-ET-OISE. — Maison-Blanche : Directeur, M. Michel ; 2 médecins en chef : MM. Boudrie et Lwoff ; 2 internes en médecine, 2 en pharmacie. — Vaucluse ; Directeur, M. Pichon : 3 médecins en chef : MM. Blin, Dupain et Vigouroux ; 3 internes en médecine, 2 en pharmacie. — Ville-Evrard (Voir le département de la Seine).

SÈVRES (DEUX-). — Pas d'asile public. — La Providence (dépendance de l'hospice de Niort) : Médecin-chef, Dr Quinemant ; 1 interne.

SOMME. — Asile public de Dury-lès-Amiens : Médecin-directeur, Dr Charon ; Médecin adjoint, Dr Tissot ; 2 internes.

TARN.—Pas d'asile public.—1 asile privé public du Bon-Sauveur: Médecin-chef, Dr Pailhas ; Médecin adjoint, Dr Guy ; pas d'interne.

TARN-ET-GARONNE. — Pas d'asile public. — Quartier d'hospice à Montauban : Médecin-directeur, Dr Periès ; 2 internes.

VAR. — Asile public de Pierrefeu : Médecin-chef, Dr Belletrud : Médecin adjoint, Dr Mercier ; 2 internes en médecine ; 1 interne en pharmacie.

VAUCLUSE. — Asile public de Mont-de Vergues : Directeur, M. Mougnet ; Médecin-chef, Dr Pichenot ; Médecins adjoints : Drs Rodiet, Dejean ; 4 internes.

VENDÉE. — Asile public de la Roche-sur-Yon : Médecin-directeur, Dr Cullerre ; 2 internes.

VIENNE. — Pas d'asile public. — Quartier d'hospice à Poitiers : Médecin-directeur, Dr Lagrange ; Médecin suppléant, M. Berlaud : 1 interne.

VIENNE (HAUTE-). — Asile public de Naugeat : Médecin-directeur, Dr Deswarte ; Médecin adjoint, Dr Pasturel ; 3 internes.

VOSGES. — Pas d'asile public. — Une maison particulière dite Pensionnat de Mattaincourt : Dr Calbot ; pas d'interne.

YONNE. — Asile public d'Auxerre : Médecin-directeur, Dr Hamel ; Médecin adjoint, Dr Wahl ; 1 interne.

ALGÉRIE. — Pas d'asile.

(1) Fondation Vallée, annexe de Bicêtre ; médecin en chef, Dr Bourneville.

VARIA

L'enseignement des arriérés et des anormaux en Allemagne.

L'*Educateur Moderne* de février publie sous ce titre un travail très intéressant dont nous extrayons ce qui concerne les projets relatifs à Berlin.

« Chaque école comprendra six classes divisées en 3 degrés (petits, moyens, grands). De cette manière 2 années de scolarité seront consacrées à chaque degré. Le nombre d'heures de chaque classe sera de 20 dans le degré I, 24 dans le degré II, 28 dans le degré III. (Ce dernier paraît trop chargé). Chez les petits, il y aura au plan d'enseignement de l'école : La religion sera enseignée 3 heures par semaine. L'allemand, 5 heures dans les degrés I et II ; 6 heures dans le degré III. — Le calcul, 3 heures dans le degré I, 4 heures dans les deux autres. L'enseignement scientifique par l'aspect aura 6 heures dans le degré I, 4 heures dans le degré II, 3 heures dans le degré III. Le travail manuel sera enseigné 4 heures dans toutes les classes. Le chant et la gymnastique complèteront l'emploi du temps. Tel est le plan qui doit être suivi dans les Ecoles de Berlin.

« Veut-on savoir maintenant où en est l'Allemagne dans cet enseignement ? Il y avait en 1905, dans 150 villes allemandes, 230 Hilfsschulen avec 660 classes et 15,000 enfants.

« Rien que pour la Prusse, 76 villes avaient 143 écoles avec 385 classes et 8,207 élèves. Pour les instruire, on comptait un personnel enseignant de 317 instituteurs, 81 institutrices, 31 maîtresses techniques. D'autre part, on a établi qu'en 1901, 83 °/o des anormaux sortis des écoles avaient pu trouver un emploi ou faire un métier et gagner leur vie. D'après les derniers renseignements, ce chiffre serait inférieur à ceux qu'on obtient actuellement. Il y a donc en Allemagne un enseignement des arriérés qui se développe chaque année et qui donne déjà de bons résultats. L'état actuel est tout à fait encourageant pour l'avenir. »

La surveillance des aliénés.

Nous l'avons dit et nous le répétons, la législation qui régit la surveillance, des maisons d'aliénés nous paraît insuffisante. Des faits récemment portés devant les tribunaux, d'autres faits d'une haute gravité qui nous ont été confiés, nous semblent évidemment prouver cette insuffisance. Sans doute il est accordé aux magistrats toute latitude pour visiter les maisons d'aliénés; cette

visite leur est même recommandée ; mais nous savons, de source certaine, que les nombreuses et incessantes occupations des magistrats, dont le personnel est d'ailleurs trop souvent hors de proportion avec les travaux qui les surchargent, rendent ces inspections tellement rares qu'elles sont pour ainsi dire illusoires. Il nous semblerait donc utile de créer des inspections au moins semi-mensuelles, particulièrement affectées à la surveillance des maisons d'aliénés et composées d'un médecin et d'un magistrat, afin que les réclamations fussent soumises à un examen contradictoire. Sans doute, la justice ne fait jamais défaut lorsqu'elle est suffisamment édifiée ; mais combien de formalités, combien de difficultés pour qu'elle le soit, et surtout lorsque le malheureux qui a besoin d'implorer son appui, se trouvant dans un état de suspicion, d'isolement, de séquestration forcée n'a pas au dehors un ami pour prendre sa défense et réclamer, en son nom, auprès de l'autorité ! — N'appartient-il donc pas au pouvoir civil d'aller au devant de ces réclamations par une surveillance périodique fortement organisée ?

Et ce que nous disons des maisons d'aliénés doit s'appliquer plus impérieusement encore aux *couvents* de femmes, aux maisons habitées par des congrégations. Des griefs aussi très récents, très évidents et dont la France entière a retenti, ont malheureusement prouvé que la violence, que les séquestrations, que les traitements barbares, que les détournements de mineures, que l'emprisonnement illégal, accompagné de tortures, étaient des faits sinon fréquents, du moins possibles, dans les maisons religieuses. Il a fallu des hasards singuliers, d'audacieuses et cyniques brutalités, pour que ces détestables actions parvinssent à la connaissance du public. Combien d'autres victimes ont été et sont peut-être encore ensevelies dans ces grandes maisons silencieuses, où nul regard profane ne pénètre, et qui, de par les immunités du clergé, échappent à la surveillance du pouvoir civil ! — N'est-il pas déplorable que ces demeures ne soient pas soumises aussi à une inspection périodique, composée, si l'on veut, d'un aumônier, d'un magistrat, ou de quelque délégué de l'autorité municipale ?

S'il ne se passe rien que de licite, que d'humain, que de charitable, dans ces établissements qui ont tout le caractère et par conséquent encourent toute la responsabilité des établissements publics, pourquoi cette révolte, pourquoi cette indignation courroucée du parti prêtre, lorsqu'il s'agit de toucher à ce qu'il appelle ses franchises ? Il y a quelque chose au-dessus des constitutions délibérées et promulguées à Rome : — c'est la loi française, la loi commune à tous, qui accorde à tous protection, mais qui, en retour, impose à tous respect et obéissance. (Eugène SUE, *Le Juif errant.*)

Les aliénés en liberté

Dans l'après-midi d'hier, l'un des gardiens du cimetière Montmartre apercevait une femme qui, accroupie sur une tombe, semblait fouiller la terre de ses doigts. Intrigué par ce manège étrange, le gardien s'approcha et, soudain, recula épouvanté. Sur la terre remuée, retournée, gisaient, au milieu des planches de bois brisées, provenant de cercueils, les cadavres de trois petits enfants complètement dépourvus de suaires. Le premier émoi passé, le gardien interpella l'inconnue qui,toujours accroupie,serrait un cadavre entre ses mains, mais elle ne répondit aux questions qu'on lui posait que par des paroles incohérentes ; le gardien l'emmena de force jusqu'au bureau du conservateur. Mais les propos qu'elle tint ne laissèrent aucun doute sur son état mental. Comment avait-elle déterré les trois morts ? On ne put le savoir ; on croit qu'elle a dû pénétrer dans le cimetière nuitamment et retourner la terre avec une pioche. Toutefois, on sait que la démente se nomme Marie Paret, âgée de trente-cinq ans, domiciliée au Petit-Treuil ; son mari habiterait l'Allemagne. On suppose que cette malheureuse a perdu ses enfants successivement et qu'à la suite de ce malheur elle a perdu la raison. (*Liberté.*)

—Depuis plus de deux mois,un tailleur d'habits nommé Charles Despouy donnait des signes de dérangement cérébral. Il vivait à Cazarilh, petite commune de la vallée de la Barousse, dans sa famille, composée de son père, instituteur en retraite,de ses deux frères et de sa sœur, âgée de trente-cinq ans, ancienne institutrice en Savoie. Son état ne paraissait pas dangereux et il avait été laissé libre de ses mouvements.

Or, avant-hier soir, sans que rien eût annoncé un accès, il prit un rasoir et coupa la gorge de sa sœur qui venait de se mettre au lit : la pauvre fille eut l'artère carotide tranchée net ; il essaya ensuite d'assommer son frère cadet à coups de bâton ferré. Le frère aîné arriva sur ces entrefaits et eut grand'peine à maîtriser le fou, qui était devenu furieux, et à le maintenir jusqu'à l'arrivée des voisins attirés par les cris et le bruit de la lutte. Charles Despouy a été conduit à l'hôpital de Tarbes où il a été mis en observation. Il est redevenu absolument calme. Il semble n'avoir gardé aucun souvenir de son crime. (*Liberté*).

Dix-septième congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Genève-Lausanne, août 1907.)

Le XVII[e] congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra cette année à

Genève et à Lausanne, du 1er au 7 août, sous la présidence de M. le professeur Prevost, de Genève.

I. *Rapports et discussions sur les questions choisies par le congrès de Lille*: *a*) Psychiatrie. — Les psychoses périodiques. Rapporteur : M. le Dr Antheaume, de Paris. *b*) Neurologie. — Définition et nature de l'hystérie. Rapporteurs : M. le Dr Claude, de Paris. M. le Dr Schnyder, de Berne. *c*) Médecine légale. — L'expertise médico-légale et la question de responsabilité. Rapporteur : M. le Dr Gilbert Ballet, de Paris.

II. — *Communications originales sur des sujets de psychiatrie et de neurologie.* — Présentations de malades, de pièces anatomiques et de coupes histologiques. Une séance sera réservée aux démonstrations avec projections lumineuses. Les adhérents qui auront des communications à faire devront en envoyer les titres et les résumés au secrétaire général avant le 1er juillet.

III. *Visite des asiles d'aliénés de Bel-Air, Céry, Marsens.*

Les séances auront lieu à Genève, les jeudi 1er, vendredi 2, et samedi 3 août et à Lausanne, le lundi 5 août. Le dimanche 4 ne comportera aucune réunion officielle. Le Comité a été informé que des invitations seraient envoyées pour ce jour-là aux congressistes pour les stations françaises de Divonne-les-Bains (Ain et Evian-les-Bains (Hte-Savoie), l'une et l'autre peu distantes de Genève et de Lausanne. Pour les deux derniers jours du Congrès, mardi 6 et mercredi 7 août, des excursions seront organisées à Montreux, Territet, Glion, Caux, les Rochers de Naye, la Gruyère, etc. Un programme détaillé des travaux et des excursions sera envoyé ultérieurement à tous les membres adhérents.

Le Congrès comprend : 1° des membres adhérents ; 2° des membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine) présentés par un membre adhérent. Les asiles d'aliénés inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents. Le prix de cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents, de 10 francs pour les membres associés. Les membres adhérents recevront avant l'ouverture du congrès les trois rapports, après le Congrès, le volume des compte-rendus. Les médecins de toutes nationalités peuvent adhérer à ce Congrès, mais les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française. Des réductions de tarif seront très vraisemblablement accordées par les Compagnies françaises de chemin de fer. Les membres du Congrès seront invités ultérieurement à faire connaître l'itinéraire qu'ils suivront pour se rendre à Genève. Prière d'adresser les adhésions et cotisations et toutes communications ou demandes de renseignements au Dr Long, 6, rue Constantin, Genève.

FAITS DIVERS

ASILES D'ALIÉNÉS. *Mouvement de février* 1906. — M. le Dr DAMOYE, médecin-adjoint à l'asile de Bassens (Savoie), nommé médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais). MM. les Drs TOULOUSE, médecin en chef à l'asile de Villejuif; SÉRIEUX, médecin en chef à Ville-Evrard, PACTET, médecin en chef à Villejuif, DAGONET, médecin en chef à l'Asile clinique (Sainte-Anne), promus à la classe exceptionnelle du cadre. — M. le Dr ANGLADE, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Château-Picon (Gironde) est promu à la 1re classe du cadre.— M. le Dr PRIVAT de FORTUNIÉ, médecin-adjoint à l'asile d'Armentières (Nord), est promu à la 1re classe du cadre.— M. le Dr CAPGRAS, médecin-adjoint de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher) promu à la classe exceptionnelle du cadre. — M. le Dr MERCIER, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Pierrefeu (Var) promu à la classe exceptionnelle du cadre.

Distinctions honorifiques. — M. le Dr PICHENOT, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Montdevergués (Vaucluse), est nommé officier d'Académie.

ASILE D'ALIÉNÉS DE NAUGEAT. *Poste vacant d'élève interne.* — Un poste d'élève interne en médecine est actuellement vacant à l'asile d'aliénés de Naugeat (Haute-Vienne). Les élèves-internes reçoivent à l'asile un traitement annuel de 800 francs ; les avantages en nature comportent la nourriture, le logement, le chauffage, l'éclairage et le blanchissage. Il y a deux élèves internes à l'établissement. Adresser au directeur-médecin une demande de nomination accompagnée : 1° d'un certificat constatant que le candidat a au moins 10 inscriptions ; 2° un certificat de moralité.

ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉES DE SAINT-YON. — *Concours pour la nomination de deux internes en médecine.* — Le lundi 11 mars 1907, à 10 heures du matin il sera ouvert, à l'école de médecine de Rouen, un concours public pour la nomination de deux internes en médecine. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine-Inférieure, 3e division, 8 jours au moins avant l'ouverture du concours. On peut se faire inscrire par correspondance, en envoyant toutes les pièces exigées.

Conditions de l'admission au concours et formalités à remplir. — Pourront prendre part au concours tous les docteurs ou étudiants en médecine, âgés de moins de 30 ans révolus le jour de l'ouverture du concours et pourvus d'au moins 10 inscriptions de doctorat. Chaque candidat devra produire : 1° un certificat d'inscription ; 2° livret militaire ou certificat attestant qu'il a satisfait à la loi sur le recrutement ; 3° un extrait du casier judiciaire. Toute

demande d'inscription faite après l'époque fixée par l'affiche pour la clôture de la liste ne sera pas accueillie.

Les épreuves du concours sont réglées comme suit : 1° épreuve écrite de trois heures sur un sujet d'anatomie et de pathologie interne ou externe ; 2° épreuve orale de quinze minutes après quinze minutes de réflexion sur un sujet d'anatomie et de pathologie interne ou externe. Le maximum de points à attribuer à chaque épreuve est de : pour l'épreuve écrite 30 points ; pour l'épreuve orale 20 points. Les candidats déclarés admis entreront en fonctions dès que leurs nominations auront été faites par M. le Préfet.

La durée des fonctions est de trois ans, mais peut être prolongée par décision préfectorale ; ils recevront, outre le logement, le chauffage, l'éclairage, le blanchissage et la nourriture dans les proportions déterminées par le règlement, une indemnité annuelle de 800 francs pour la première année, 900 francs la seconde, 1000 francs la 3e, 1100 francs pour la 4e en cas de prorogation. Les internes docteurs recevront une indemnité annuelle, de 1200 francs. — N. B. Ordre des épreuves : 1° épreuve orale ; 2° épreuve écrite.

HOSPICE DE BICÊTRE (*Fondation Vallée*). — M. BOURNEVILLE. *Visite* du service (gymnastique, travail manuel, écoles et présentation de malades), le samedi à 10 h. très précises. *Consultations médico-pédagogiques*, gratuites pour les enfants *indigents* atteints de *maladies du système nerveux*, le jeudi à 9 h. 1/2. — On peut se rendre à la Fondation par les tramways de Montrouge, par les tramways de la Porte d'Orléans à Vincennes (Métropolitain) : *arrêt* route de l'Hay. La Fondation est à 500 mètres de cet Arrêt.

MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — Une place de médecin en chef étant vacante à la maison nationale de Charenton, les médecins en chef d'asiles publics d'aliénés qui désirent poser leur candidature à ce poste, devront faire parvenir au ministère de l'Intérieur (direction de l'Assistance et de l'hygiène publiques avant le 1er mars 1907, leur demande accompagnée de la justification de leurs titres scientifiques. *La résidence effective dans l'établissement est obligatoire pour le médecin en chef.* Il s'agit du remplacement de M. le Dr Antheaume, nommé médecin honoraire.

UN SOLDAT EX-ALIÉNÉ ACQUITTÉ. — D'après une dépêche de Châlons-sur-Marne du 30 octobre, le conseil de guerre du 6e corps a acquitté aujourd'hui le soldat B..., du 151e d'infanterie, à Verdun inculpé de voies de fait envers un supérieur. Le 23 août, étant ivre, B... avait porté à son caporal, à trois reprises, des coups de poing et des coups de tête. L..., ayant été *enfermé dans un asile de fous* à l'âge de treize ans, et l'examen médical auquel il fut soumis par l'autorité militaire concluant à une responsalité très atténuée, le ministère public a abandonné l'accusation à l'audience. Rappelons à ce propos que notre ami le Dr Dieu, ancien directeur du service de santé, conseillait de réformer tous les conscrits de ce genre, c'est-à-dire ayant été aliénés.

ERRATA.— Le livre dont M. le Dr Coulonjou a fait l'analyse dans le dernier n° des *Archives* (p. 83) est non pas de M. SANO, mais du Dr SAND. — Autre correction à faire, dans l'analyse du livre du Dr FOREL. Page 80, à la 4e ligne du second paragraphe, il faut lire, «... des impressions de nos sens en *grammes*.»

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. Paul J. MOBIUS, ancien privat docent de neurologie à la Faculté de médecine de Leipzig. Il avait publié d'intéressants ouvrages de critique médicale historique sur J.-J. Rousseau, sur Gœthe, Schopenhauer, Nietzsche. En 1905 parut une importante étude sur la vie et les travaux de F.-J. Gall. La même année, à la Faculté de Médecine de Lyon, le docteur Létang avait présenté une excellente thèse sur le même sujet.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

EN VENTE AUX BUREAUX DU *PROGRES MEDICAL*

14, rue des Carmes.

BOURNEVILLE. — **Traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie.** In-8° de 136 pages avec 55 fig. Prix .... 4 fr.
Pour nos abonnés .... 3 fr.

BOURNEVILLE. — **Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.** Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre et de la Fondation Vallée pendant l'année 1904, avec la collaboration de MM. Durand, Friedel et Perrin. Vol. de 314 pages avec 17 fig. Tome XXV. Prix .... 7 fr.
Pour nos abonnés .... 5 fr.

BOURNEVILLE. — **Les enfants anormaux au point de vue intellectuel et moral.** In-18 de 24 pages. Prix : pour nos abonnés (franco) .... 0 fr. 50

BOURNEVILLE. — **Fixation du nombre des médecins dans les asiles publics d'aliénés.** Rapport fait au Conseil supérieur de l'Assistance publique. In-4° de 58 pages, avec de nombreux tableaux.

BOURNEVILLE. — **Rapports présentés à la commission de surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine.** (Année 1904). Brochure grand in-8° de 186 pages.

DELASIAUVE (J.) — **Journal de médecine mentale**, résumant au point de vue médico-psychologique, hygiénique, thérapeutique et légal, toutes les questions relatives à la folie, aux névroses convulsives, et aux défectuosités intellectuelles et morales, à l'usage des médecins praticiens, des étudiants en médecine, des jurisconsultes, des administrateurs et des personnes qui se consacrent à l'enseignement. Dix volumes reliés (prix, 50 fr.). En vente aux bureaux du *Progrès Médical*.

PAILHAS (B). — **Balnéation et hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales.** Rapport présenté au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes tenu à Rennes du 1er au 7 août 1905. 1 vol. in-8° de 150 pages. Prix : pour nos abonnés (franco) 1 fr. 50.

SÉGUIN (Ed.). — **Premiers mémoires de Séguin sur l'idiotie** (1838-1843), publiés par Bourneville, in-8° de 182 pages.
Prix.. 4 fr.
Pour nos abonnés.. 2 fr. 75

SÉGUIN (Edouard). — **Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés ou retardés dans leur développement, agités de mouvements involontaires, débiles muets, non sourds, bègues, etc.** Préface par Bourneville. 1 vol. In-8° de 534 pages avec un portrait de l'auteur. Prix.. 10 fr.
Pour nos abonnés.. 8 fr.

The Journal of Mental Sciences. — Published by Authority of the Medico-Psychological Association. (Années 1880-1881-1882-1883-1884-1885-1888-1889-1890). Belle reliure en basane. Prix 3 fr. le volume.

Les **Œuvres complètes** *de* **J.-M. Charcot**, *y compris les deux volumes des* LEÇONS DU MARDI *et les deux volumes de* CLINIQUES *des maladies du système nerveux sont vendues au prix réduit de* **50** *francs au lieu de* **190** *francs, prises dans nos Bureaux.*

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères et Thiron.

Vol. 1. 3e Série. Mars 1907. N° 3

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PSYCHOLOGIE

Sur la symétrie bilatérale du corps et sur l'indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux.

(A PROPOS D'UN LIVRE RÉCENT).

Par CH. BONNE,
Médecin-adjoint à l'asile de Braqueville.

Bien avant la connaissance des localisations cérébrales, la dualité des hémisphères avait été opposée à l'unité fondamentale de la conscience et prise pour point de départ de l'explication de certains processus physiologiques ou psychiques, normaux ou anormaux. Les théories faites sur ce sujet et basées surtout sur l'observation de troubles mentaux, notamment d'hallucinations unilatérale, sont pour la plupart tombées dans l'oubli. On en trouvera une longue bibliographie dans la thèse de Bérillon (Paris 1884), surtout p. 103 à 132 ; ce travail contient en outre l'analyse des plus importantes, depuis celle de Wigan (1844) qui admettait « la dualité de l'esprit », jusqu'à celles de Ball (1883) et de Magnan (1883) qui admettaient seulement « le dédoublement et l'indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux. »

En 1882, les fameuses expériences d'hypnotisme de Dumontpallier, Burq, Magnin et Charcot lui-même fournirent des arguments nouveaux à la théorie de l'indépendance fonctionnelle, car, à cette époque, les faits anatomiques, physiologiques et anatomo-pathologiques qui s'opposent d'une façon formelle à l'indépendance telle qu'on la comprenait alors, étaient à peine soupçonnés.

Le 25 février 1882, Dumontpallier déclara à la *Société de Biolo-*

gie, qu'en fixant du regard le tendon d'un muscle contracturé, ch[illegible] une hystérique, et *à l'insu de la malade*, on pouvait faire disparaît[illegible] la contracture. Une assertion aussi stupéfiante ne pouvait manqu[illegible] de soulever des objections et, pour en maintenir l'essentiel, il falla[illegible] faire des concessions; mais sur quoi ? Le choix de l'auteur ne f[illegible] pas heureux, malgré des avertissements antérieurs : l'essentiel [illegible] fut « à l'insu de la malade », et les concessions, car les déclarati[illegible] de l'auteur ont nettement ce caractère, portèrent sur le mode d'a[illegible] tion du regard : le regard n'avait pas d'action spéciale autre q[illegible] celle de la lumière probablement réfléchie par les globes oculair[illegible] de l'expérimentateur ; — des yeux de verre auraient sûreme[illegible] le même effet ; — la contracture et la décontracture des muscl[illegible] pouvaient être produites, chez l'hystérique hypnotisée, et toujou[illegible] à l'insu de la malade, par des actions diverses témoignant tout[illegible] « d'une excessive impressionnabilité » (1882, p. 172) : chaleur d[illegible] corps, des mains, du visage de l'expérimentateur, froid, vent d'u[illegible] soufflet capillaire, son produit au voisinage du muscle par la pe[illegible] cussion sur un verre, etc.

Une commission fut nommée (MM. Pouchet et Javal), qui [illegible] put « constater aucune relation entre les mouvements de la mala[illegible] et la position des yeux de l'observateur. » Dans le procès-verb[illegible] des expériences de contrôle, Pouchet s'exprima en véritable pr[illegible] curseur de la psychologie contemporaine, tout en s'excusant de [illegible] difficulté de l'exposition de « choses si peu étudiées. » « Dans l[illegible] malades comme celle qui a été soumise à notre examen.., il suff[illegible] d'admettre une sorte de dédoublement plus ou moins complet [illegible] ce que nous appellerons la personnalité ou la conscience... po[illegible] expliquer de la façon la plus nette les résultats des expériences pr[illegible] tiquées devant nous ou par nous-mêmes... Tout ce qui s'est pass[illegible] autour de la malade n'aura laissé à sa mémoire aucune notion co[illegible] donnée dans le temps ou dans l'espace... mais les impressio[illegible] étaient perçues et devenaient le point de départ d'actes voulu[illegible] vaguement voulus si l'on veut, plus ou moins pénibles, incertai[illegible] dans l'exécution. Tout s'est passé comme si nous avions été [illegible] présence d'un être faible d'intelligence, de mauvaise foi, manife[illegible] tant très bien quand il sait ce qu'on veut de lui, tâtonnant et do[illegible] nant la moitié du temps à côté quand il ne sait pas au juste, d[illegible] meurant tranquille dès qu'on ne s'occupe plus de lui. » (188[illegible] séance du 4 mars p. 166 à 169.)

Ce sage avertissement, qui aurait pu éviter à Dumontpallier [illegible] à ses acolytes la plupart des lourdes bévues qu'il commirent da[illegible] la suite, ne fut naturellement pas écouté : D. négligea la questi[illegible] primordiale de la persistance de la conscience, de la connaissan[illegible] temporaire, par le sujet, des résultats qu'il est question d'obtenir, [illegible] s'en tint à ses conclusions antérieures sur le pouvoir « direct o[illegible] médiat » du regard et de certaines autres actions : froid, électr[illegible]

cité, etc. Les communications suivantes dénotent toutes la même absence d'esprit critique ; voici l'indication des observations se rapportant à la question de l'indépendance des hémisphères, qu'il souleva et résolut la même année par l'affirmative :

Séance du 25 *févr.* (p. 139, 140). Hémianesthésique sensitivo-sensorielle : « L'achromatopsie passe de droite à gauche ou de g. à d. aux différents temps de l'expérience ; de même la sensibilité spéciale des organes de l'odorat et du goût. »

Séance du 3 *juin* (p. 393 à 397). Léthargie artificielle pour le membre inférieur droit et le membre inférieur gauche. « De même pour les états cataleptique et somnambulique.... La malade étant réveillée, nous constatons qu'elle ne distingue aucun objet de l'O. G. et ne sent pas la pression sur le membre supérieur gauche. » Le lendemain, après transfert par des plaques métalliques, l'O. G. était devenu sensible, à l'exclusion de l'O. D. : « Le cerveau droit se trouvait donc dans les conditions où était le cerveau gauche. L'action des plaques métalliques avait transféré d'un côté à l'autre l'activité cérébrale et l'hypnotisme avait rendu manifeste cette activité cérébrale unilatérale ».

Séance du 8 *juillet* (voir l'index). Un bandeau est placé sur l'O. G. ; le regard n'est dirigé que sur l'O. D. : « le côté droit, seul hypnotisé, présente donc seul les diverses manifestations des périodes léthargique, cataleptique et somnambulique. Le côté gauche est en résolution complète ». Mais si, le bandeau restant en place, « l'expérimentateur fixe simultanément les deux yeux du sujet... *l'action du regard* est entière sur l'œil libre et ouvert ; elle *est amoindrie sur l'œil recouvert* par le bandeau. Alors on constate que l'excitation cérébrale croisée est en rapport avec le degré de la cause excitante rétinienne, ce qui est démontré par les différents degrés des manifestations léthargique, cataleptique et somnambulique observées de chaque côté du corps. » p. 520). D., on l'a vu, admettait que le regard agissait, d'une manière indéterminée, à l'insu du sujet.

Séance du 16 *décembre* (voir l'index). C'est dans cette séance que fut communiquée la fameuse observation du sujet dont chaque moitié de la face présentait une mimique spéciale en rapport avec les suggestions faites par les organes du même côté (récits agréable et terrifiant; attitudes différentes, (geste du baiser, geste de la peur) imprimées aux membres supérieurs ; illusions et hallucinations olfactives ou gustatives unilatérales et opposées etc.) « La malade est dans la période somnambulique » ; on ferme l'oreille droite et on décrit à l'oreille gauche « un tableau champêtre » : elle continue la description. En même temps on décrit à l'oreille droite « une scène de chasse au sanglier... La malade est effrayée : Assez, *dit-elle*, cela me fait horreur, et son visage exprime du côté droit la frayeur et du côté gauche la satisfaction. »

Nous ne rapporterons pas d'autres expériences; toutes ont été citées fréquemment et reproduites dans la thèse de Bérillon (1884). Séglas (1903) a surabondamment démontré la fausseté absolue de l'interprétation qui voit dans leurs résultats des effets de l'indépendance même relative des hémisphères cérébraux ; elles n'ont à ce sujet pas plus de valeur que les hallucinations unilatérales et antagonistes, malgré l'adjonction de phénomènes somatiques dimidiés. On remarquera d'ailleurs que la malade *parlait* pour les deux hallucinations et exprimait la conservation du sentiment de sa personnalité. D. dit en outre (1882, note de la p. 788) : « Chez les malades hystériques qui sont les sujets de ces expériences, la sensibilité est répartie d'une façon opposée pour les deux régions sus et sous-ombilicales du corps. Il en résulte que tous les phénomènes des différentes périodes de l'hypnotisme sont opposés pour les régions sus et sous-ombilicales ; mais... nous ne mentionnerons que les résultats constatés sur les membres supérieurs, la face et les organes des sens. »

On a déjà remarqué que les faits qui s'opposent à l'indépendance fonctionnnelle n'étaient pas encore connus en 1884 (Ribot, 1884; Berillon, 1884 etc.). Bien plus tard encore (1901), on verra des expérimentateurs poser en principe que l'occlusion de l'œil gauche exclut l'hémisphère droit de toute participation à la vision, ou bien admettre implicitement un effet équivalent.

La thèse de Bérillon (Paris 1884) représente le travail le plus important qui ait paru jusqu'ici sur la question ; celle-ci y est résolue affirmativement d'après les expériences de Dumontpallier, mais la plus grande partie du mémoire est employée à rechercher si ces expériences ne seraient pas en désaccord par quelque côté « avec les données actuellement acquises dans chacune des diverses branches des sciences biologiques ». Les arguments, tirés successivement de l'anatomie, de la physiologie, de la thermométrie cérébrale, etc., sont tels qu'on se les représente en se reportant à la date du travail. Parmi les plus intéressants : l'absence de corps calleux demeurée latente (p. 23 à 26) ; — l'indépendance de la circulation *artérielle* des deux hémisphères (p. 27) ; — des observations de G. Delaunay, d'après lesquelles les Primates, Carnivores, Ongulés, la majorité des Oiseaux seraient droitiers ; — les expériences d'ablation d'un hémisphère chez diverses espèces ; — les suppléances cérébrales ; — les atrophies cérébrales unilatérales ; — les hallucinations unilatérales ; — la « double vie du somnambulisme » et les manifestations spirites « montrant la coexistence, au même instant, dans le même individu, de deux pensées, de deux volontés, de deux actions distinctes, l'une dont il a la conscience, l'autre dont il n'a pas conscience » ; — les rêves ; — les « faits d'attention multiple ». Aucun de ces arguments ne paraît aujourd'hui probant, et quelques-uns paraissent difficiles à accorder, mais leur

nombre et leur variété, tels que dans la suite on n'en trouva guère de nouveaux, forment aujourd'hui présomption contre la thèse de l'indépendance.

MYERS (1885, cité d'après P. Janet,1894) rapprocha le développement de deux consciences parallèles, observé par lui chez les médiums et dans l'hypnotisme, de la dualité et des différences physiologiques des hémisphères cérébraux. Supposant que dans les cas d'agraphie ou d'aphasie par lésion de l'hémisphère gauche, « la restauration du langage et de l'écriture, quand elle a lieu, s'opère grâce à une suppléance de l'hémisphère droit », il rattache l'écriture automatique des médiums à « une action obscure de l'hémisphère le moins utilisé. » Cette théorie et celles qui s'y rattachent (attribution de chaque personnalité ou état de conscience à l'un des hémisphères, etc.) ont été facilement réduites à néant par P. Janet (1894, p. 415 à 419).

Entre temps, la question du dualisme cérébral et des rapports de chaque hémisphère avec les deux moitiés du corps était abordée à différents points de vue par les physiologistes, les médecins et les psychiatres. L'année même où Dumontpallier communiquait ses expériences à la Société de Biologie, Brown-Séquard (1882) entretenait cette Société des faits démontrant la multiplicité et la complexité des voies de communication. On trouvera dans l'important travail de Ch. Féré sur l'alternance d'activité des deux hémisphères (1902) l'indication de quelques-uns des travaux faits sur le dualisme cérébral depuis Wigan. On peut ajouter à cette liste ceux de Biervliet (1897, 1899, 1901) sur l'asymétrie sensorielle et motrice de l'homme, de Séglas (1901) sur les hallucinations unilatérales et des revues générales sur les connexions bilatérales des hémisphères: Grasset, 1905; voir aussi Wertheimer : article *Bulbe* in *Dict. de* Ch. Richet.

Les deux théories de Dumontpallier et de Myers respectent l'unité fondamentale de la conscience ; de plus, comme elles n'admettent pas la duplicité complète de l'homme, et ne prennent en considération que le dualisme des hémisphères, elles échappent en grande partie aux objections tenues en réserve par la systématique. Cette dernière, avons-nous vu, était d'ailleurs infiniment moins avancée que de nos jours. En troisième lieu, ce dualisme d'action n'était pas continuel, mais supposé tel que, à certains moments, un hémisphère fournirait certains des éléments d'un état de conscience, et l'autre certains autres, chose, en somme, assez vraisemblable, même si on la suppose se prolongeant un certain temps ; les deux théories admettent aussi que les données de chaque hémisphère peuvent occuper seules le champ de la conscience pendant un certain temps, tout en laissant parmi les actes subconscients les associations histologiques intracorticales résultant de certaines manifestations extérieures, telles que la mimique

Du reste, à ce point de vue, les critiques de Pouchet, puis celles de Binet et Janet, puis les connaissances nouvelles dues à Dejerine, à ses élèves, à Monakow, Flechsig, Bechterew, sur la systématique, ont depuis longtemps fait la part définitive de ce qu'il y a à prendre et à laisser dans les nombreuses théories qui concernent plus ou moins le dualisme cérébral. Remarquons enfin que toutes ces hypothèses se limitaient à l'homme et, par là encore, échappaient aux objections que l'on pouvait leur faire d'après la physiologie, par exemple d'après les expériences bien connues de Brown-Séquard, démontrant que chez tous les Mammifères étudiés (singe, chien, lapin, etc.) chaque hémisphère était relié par des voies multiples aux noyaux bulbaires ou médullaires des quatre membres, des deux moitiés du tronc et de la face, et de tous les appareils viscéraux (1882).

La théorie nouvelle de M. C. Sabatier (1907) concerne au contraire tous les Artiozoaires et étend le dualisme à l'organisme entier et à la conscience ; de cette conscience double fondamentale elle fait sortir une conscience simple. Pour réaliser cet étonnant tour de force, l'Auteur n'apporte aucune considération psychologique nouvelle et a mis son amour-propre à se restreindre aux seuls arguments tour à tour produits et détruits par ses prédécesseurs. Son originalité consiste encore à avoir introduit dans la psychologie des faits découverts depuis longtemps par les zoologues et les embryologistes, mais qui attendaient encore leur explication.

Système ! dira-t-on peut être, synthèse hardie, ingénieuse sans doute ; mais que faire d'un nouveau système ? Non : en maint passage, l'Auteur stigmatise en sincère positiviste les « faiseurs de syllogismes » et les « coups de la métaphysique » ; et s'il apporte une solution à certaines questions « éternellement discutées », c'est « aux faits expérimentaux et logiquement déduits » qu'il affirme la devoir. Sous son faible volume, son livre est plus qu'un système, mieux qu'une théorie : ce qu'il est, il ne pouvait pas ne pas l'être, et l'Auteur le reconnaît bien : « toute une philosophie » (p. 85), capable, à son tour, de servir de base à « un édifice immense de morale, de droit et de politique » (p. 84).

Mais c'est surtout aux biologistes que l'ouvrage est destiné ; c'est eux d'abord qu'il veut convaincre : il est en effet précédé d'une préface où le Dr J. E. Abelous,

professeur de physiologie à l'Université de Toulouse, membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique, s'est porté garant de la valeur scientifique de la philosophie nouvelle, en a même précisé certains points d'importance secondaire et comblé quelques lacunes.

Avant de parcourir les *fondements biologiques* (I) du « duplicisme », — c'est le nom proposé, — et d'examiner successivement sa *valeur psychologique* (II) et ses *applications* (III), il est bon d'en faire connaître les points principaux afin de pouvoir au besoin abandonner le plan suivi par l'Auteur et comparer entre elles des parties éloignées les unes des autres et sans rapports apparents.

« L'homme est double », c'est-à-dire comme tout Artiozoaire, formé de *deux individus*, les « co-êtres », conjugués en vue d'une existence commune, mais indépendants l'un de l'autre non seulement pour le fonctionnement physiologique, mais encore et surtout pour la vie psychologique : chacun d'eux, en effet, à sa conscience, sa sensibilité, sa mémoire, son expérience et jusqu'à sa raison particulière, mais reste soumis à la fatalité la plus absolue, à l'impulsion de ses instincts ; chacun d'eux, d'autre part, accapare la moitié du système nerveux, la moitié de tout l'organisme, l'un des organes pairs, la moitié des organes impairs etc. Chez tous les animaux, chez l'enfant, chez l'hypnotisé dans certains cas pathologiques et chez les sujets arrêtés de bonne heure dans leur développement intellectuel, la vie psychique est tout entière fonction des co-êtres ; mais chez l'homme normal, apparaît un principe supérieur qui à la vie des co-êtres, à la conscience double fait succéder la conscience unique, la Raison supérieure, la Volonté libre de l'Etre complet. En effet, les co-êtres « ne sont égaux et semblables en rien » leurs tendances, appétits, instincts sont opposés ; mais, la synergie, qui leur est pourtant imposée par la nécessité de vivre, leur impose à son tour un *modus vivendi*, une délibération continuelle sur « le point de savoir, par exemple, en quelle mesure la satisfaction accordée aux motifs actuels pourra concilier, d'abord les motifs actuels entre eux, puis avec la loi de l'être vivant » (p. 106), et sur d'autres points connexes. C'est dans cette délibération, secondaire elle-même à l'entente des co-êtres, que prend naissance le Moi unique

qu'on a eu le tort d'envisager seul jusqu'ici. Nous verrons par quel processus il succède aux co-êtres, se substitue à eux, superpose entièrement ou partiellement sa conscience aux leurs, ou enfin s'ajoute simplement, avec ou sans soudure des états de conscience: les hypothèses ne manquent pas. Le Moi qui prend en main la vie psychique et lui donne le caractère de l'unité de conscience— à l'état normal —, a naturellement des attributs supérieurs à ceux des co-êtres : le plus important, c'est celui dont la conscience elle-même ne permet pas de douter : la liberté. Or, si le déterminisme ne peut se concilier avec la liberté, le duplicisme « l'explique » tout naturellement : le Moi supérieur étant distinct des co-êtres, les instincts, les motifs, qui font à eux seuls agir ces derniers, n'ont pas prise sur lui et le laissent choisir librement, mettre en jeu sa raison, et sa raison seule.

Passons aux applications : la délibération des co-êtres est la même chez tous les hommes ; identique aussi l'autonomie de la « Personne » ou être complet ; identique, en général, le but de la délibération et des efforts libres de la Personne libre sur le milieu : c'est-à-dire l'activité extérieure coordonnée, le travail, la lutte contre ce milieu : identiques enfin les notions de bien et de mal. Donc dans le duplicisme, la conscience, au lieu d'être « mobile et fugace », comme la conscience proprement dite du déterminisme (*sic*) contient, en véritable conscience morale des données stables, communes à tous les hommes, accessibles à l'introspection et immédiatement généralisables à l'ensemble de l'humanité, tandis que dans la philosophie déterministe, elle n'a qu'une valeur très restreinte et même nulle pour les sciences sociales.

Enfin cette introspection généralisée ou « intuduction » devient elle-même une preuve *a posteriori* de la théorie, car elle proclame « la liberté, l'universalité des notions de bien et de mal, » et « d'une règle de justice avec responsabilité de l'homme c'est-à-dire avec sanction ... la puissance de la Raison, et la majesté du Travail », toutes choses indéniables, affirmées par le Bon sens, mais que pourtant la « philosophie déterministe » n'était pas parvenue à comprendre et à expliquer.

I. — FONDEMENTS BIOLOGIQUES

A. Phylogénèse. — A une certaine époque de l'évolution phylogénique, « le système de deux *individus* longitudinalement accolés en vue d'une existence conjuguée s'est substitué au régime des rayonnés où l'on voit plusieurs individus disposés en rayons vivre déjà d'une existence conjuguée. » (p. 22 et 23). « On voit la dualité organique... se substituer, à un certain stade, à l'unité primitive de l'amibe ... » (p. 7.)

Les seuls animaux simples seraient donc ceux qui manquent de toute symétrie : sans remarquer que chacun des « individus », chaque « animal particulier » (p. 52) composant un Rayonné présente souvent lui-même une symétrie bilatérale aussi accusée que celle d'un Mammifère, l'Auteur considère la symétrie bilatérale comme l'indice constant de la bi-individualité : là est l'erreur fondamentale de sa théorie. Cette symétrie est, en effet, commune et essentielle à tous les êtres dont les fonctions se sont polarisées : à la cellule glandulaire à double sécrétion, à la cellule musculaire dont la contraction doit agir dans une direction donnée, à la cellule nerveuse, quand le champ où elle recueille des excitations est distinct et éloigné de celui auquel elle en transmet : tel est le cas de la cellule pyramidale, etc.

Quant aux organismes, l'Auteur est inexcusable d'avoir ignoré que tous les zoologistes assignent aux Phytozoaires et aux Artiozoaires des formes ancestrales communes « simples, analogues, à une blastula, puis à une gastrula » (Carlet, 1896, p. 127) c'est-à-dire à peu près sphérique à l'état adulte, quoique la symétrie bilatérale prédominât toujours dans le cours du développement; ces formes étaient aptes par conséquent à acquérir dans la suite l'une ou l'autre symétrie et celle-ci fut commandée avant tout par la fonction dont dérivent toutes celles par lesquelles l'animal agit sur le milieu : la locomotion. Chez les formes primitivement fixes, ou devenues ultérieurement capables de se déplacer indifféremment dans tous les sens (Spongiaires, Cœlentères, Échinodermes), « toute la surface des parois latérales du corps se trouve avec le milieu extérieur dans des conditions identiques... il n'y a pas, en général, de raison pour que l'accroissement se fasse plus en un point qu'à un autre. Il n'y a donc pas de partie antérieure ni de

partie postérieure. Il peut ne pas y avoir de symétrie, ou bien il y a symétrie par rapport à un axe ; ou encore, dans le cas d'une irrégularité dans le développement des parties,... il y a symétrie rayonnée. » (Id., *ibid.*, p. 127.)

Chez les êtres libres, nageant ou rampant, « la partie dans le sens de laquelle se fait le mouvement se différencie.... par une sorte de balancement, les organes abandonnent l'extrémité postérieure... De plus, la locomotion se fait toujours de telle sorte que l'animal a toujours le même région tournée vers le bas... Cette région constitue la face ventrale. Quant aux deux côtés, ils sont dans les mêmes conditions par rapport au milieu extérieur, ils sont semblables ; il y a symétrie bilatérale. » (Id. *ibid.*, p. 128 et 129.)

Mais la symétrie bilatérale apparaît en outre chez les Phytozoaires dans deux ordres de circonstances qui montrent combien peu elle est l'indice d'une bi-individualité :

1° Chez les Échinodermes qui sont de tous les Phytozoaires, ceux dont le mode de développement se rapproche le plus de celui des Artiozoaires (quoique leur symétrie radiée soit toujours impaire), la symétrie bilatérale est très accusée durant une longue période du développement, notamment chez les larves libres (Pluteus) des Ophiurides et des Oursins (réguliers et irréguliers).

2° Dans le même embranchement, au-dessus des animaux (Astéries) dont la locomotion est lente et peut se faire indifféremment dans la direction de l'un quelconque des rayons, il en est dont la progression est plus rapide et a toujours lieu dans le même sens ; aussi, et par différents processus, la symétrie bilatérale se superpose-t-elle à la symétrie radiée et la rend-elle souvent méconnaissable ; d'ailleurs, celle-ci n'existe jamais seule même chez les Oursins dits réguliers ; quant aux Oursins irréguliers et aux Holuthurides, il suffira d'une simple allusion aux processus très divers et partout décrits qui aboutissent à la substitution complète de la symétrie bilatérale à la symétrie radiée (déplacements de la bouche et de l'anus, formation du bivium et du trivium ; — différenciation d'une face ventrale comprenant trois des cinq ambulacres ; — reploiement du corps en U, etc.).

Rien n'autorise donc à voir dans la symétrie bilatérale l'indice d'une bi-individualité. « A l'unicité primitive de l'amibe » (p. 7) a fait suite, non pas la pluri-individualité, mais l'unité persistante et fondamentale, d'abord d'une individualité peu accusée, à cause de la simplicité des organes et des fonctions, qui permettait aux parties détachées de continuer à vivre et même de reproduire la partie manquante, puis d'une individualité assez absolue pour nécessiter la collaboration constante de tous les organes. Il n'y a donc pas à se demander si la conjugaison de deux individus ne s'est pas opérée, et particulièrement dans le sens longitudinal, précisément afin de faciliter la locomotion.

L'opinion classique sur l'essence et l'ancienneté de la symétrie bilatérale, sur ses rapports avec le mode de progression, coordonne tous les faits connus et subordonne toujours l'organe et la forme à la fonction : l'Auteur n'y fait aucune allusion et l'a certainement ignorée, car elle lui aurait sans doute fait remarquer le vice logique de sa théorie : les deux individus, dit le duplicisme sont unis *en vue* d'une existence conjuguée : « Pourquoi voit-on la dualité organique ou parité se substituer... à l'unicité primitive de l'amibe? Pourquoi l'homme est-il une paire, si ce n'est *pour réaliser la conjugaison* d'existence de deux êtres simples tels que le sont les animaux inférieurs. » (p. 7). De plus, pour préparer son intervention dans la psychologie, le duplicisme attribue à chacun des individus accolés des tendances, des aptitudes, des instincts divers et même opposés, sans quoi « on comprendrait mal que l'unité absolue d'existence et de fonction n'ait pas, à travers les âges et les évolutions de la série animale, abouti... à la disparition graduelle... de ce duplicisme morpholagique » (p. 95). L'argument vaut ce ce qu'il vaut. Mais plus d'un lecteur se demandera pourquoi la conjugaison de deux individus seulement, d'ailleurs toujours fondus l'un dans l'autre à un certain moment de leur existence, a gouverné exclusivement l'évolution de toute la série à partir des Phytozoaires (et même l'évolution d'une partie de ceux-ci) : l'union de 4, 5 ou 6 individus n'aurait-elle pas représenté des conditions au moins aussi favorables à la diversité des aptitudes et de la division du travail, étant donnée la nécessaire complexité croissante des réactions imposées par le milieu ? Cette question, quelque vaine qu'elle paraisse, l'Auteur ne pouvait se dispenser de la résoudre, avant tout développement : mais l'a-t-il bien envisagée? A-t-il compris son importance et surtout l'obligation où il se trouvait d'y répondre quand il conçut ceci : » L'embranchement qu'ils (les Echinodermes) forment, reste comme une impasse, comme *un cul-de-sac dans les* grandes *artères* par où la Vie ira semant ses créations successives. En effet, après le type radié, la Nature se ravise et change le plan de ses créations » (p. 52) ! Encore une fois, en quoi le type abandonné était-il inférieur à l'autre, puisque ce qui pour

vous, dupliciste, est l'union de quatre, cinq, huit individus, peut exister et se conformer de telle sorte que la progression devienne possible comme chez les animaux à symétrie bilatérale, c'est-à-dire formés, d'après vous, de deux individus, et de deux seulement ?

Créée et entretenue par la locomotion, la symétrie bilatérale peut disparaître soit de l'ensemble du corps (certains Mollusques) soit des organes qui perdent leurs rapports directs ou indirects avec elle, c'est-à-dire avec les organes qui lui sont propres et avec la conformation des parois du corps. De même, la symétrie radiée, manifeste dans le tube digestif chez les Cœlentérés où il ne fait qu'un, pour ainsi dire, avec les parois du corps, en a complètement disparu chez les Echinodermes à tube digestif libre dans la cavité générale.

La locomotion exerce encore une influence indirecte sur la forme du corps et des organes par les fonctions dérivées (préhension) ou subordonnées (fonctions sensorielles différenciées, destinées originellement à renseigner l'animal *à distance* sur les modifications du milieu extérieur dans le sens même de la progression et dans la double direction perpendiculaire à ce sens). Mais cette influence ne s'étend pas jusqu'aux viscères proprement dits, qui, lorsque des relations topographiques avec les parois du corps, nécessaires à leur fonctionnement ne leur imposent pas la dualité symétrique, tendent toujours à l'unité et à l'asymétrie : tels le foie, le pancréas, et en général, toutes les glandes de la portion abdominale ou viscérale du tube digestif, qui s'opposent naturellement en cela aux glandes annexes de la portion buccopharyngée, portion dans laquelle des rapports topographiques et fonctionnels nécessaires avec les organes des fonctions de préhension et des fonctions sensorielles, maintiennent rigoureusement la symétrie bilatérale.

Sauf quelques exceptions faciles à expliquer (Pleuronectes, etc.), les organes de la vie de relation conservent chez tous les Artiozoaires, et notamment chez l'immense majorité des espèces mammifères, la parfaite symétrie et les identiques aptitudes fonctionnelles nécessaires à l'accomplissement intégral des fonctions mécaniques de station, progression, préhension et des fonctions connexes ou dérivées ; si donc une dissemblance anatomique et fonctionnelle des deux moitiés de chaque animal, dissemblance originelle, antérieure à l'apparition du système nerveux, est nécessaire au duplicisme, le système se trouve condamné par cela seul : les différences observées entre les deux côtés chez l'homme et quelques autres Mammifères sont relativement minimes et, surtout, d'acquisition récente ; il est absolument illicite de conclure d'elles seules à des différences originelles, contemporaines même de l'apparition de la symétrie

Pour fixer la « place du co-être dans l'échelle animale » (p. 51), l'Auteur étudie l'organisation nerveuse « synthèse de tout l'animal » (p. 50). Après avoir remarqué que « chacun de nos co-êtres... serait placé parmi les animaux à système nerveux continu », et par conséquent supérieur au plus piquant des Cœlentérés, il cherche, par une inconcevable inconséquence, parmi les Artiozoaires, c'est-à-dire, parmi des animaux qui, pour lui, sont tous formés de deux individus conjugués, il cherche, et s'étonne de ne pas trouver, un animal à système nerveux simple : « A en croire les classifications adoptées, dès que le système nerveux se présente d'un seul tenant, il se présente multiple ou double » (p. 51). « On n'en est pas moins très surpris de ne pas trouver dans les classifications en usage pour les organisations nerveuses, entre le système nerveux disséminé... et le type nerveux continu multiple ou double, un type nerveux continu simple » (p. 53). La phrase suivante accentue la méprise: « S'il est vrai que la nature ne fait pas de sauts, elle a dû à un moment donné créer ce type » (p. 53). Et l'auteur trouve, en effet, chez les Rotifères, « au dessus du pharynx, un ganglion cérébral *simple* ou bilobé ». Il se demande si « de la simplicité de leur ganglion cérébral », on peut « conclure à la simplicité de leur système nerveux entier » (p. 53 et 54). Malheureusement le physiologiste qui a étudié les mœurs de ces vers « à la vérité les comprend dans la même description que ceux à ganglion bilobé » (p. 93).

Mais quittons provisoirement ces rapprochements stériles établis par l'Auteur entre des classes trop éloignées : pour tirer quelque enseignement pratique de la phylogénie du système nerveux, il est bon de s'en tenir aux seuls Vertébrés. On constate alors que son évolution, au lieu de témoigner d'une dualité primitive et fondamentale du névraxe, présente la prédominance anatomique de ses portions latérales sur sa portion médiane comme un perfectionnement de date relativement récente, surtout si l'on considère la portion du névraxe où cette prédominance est le plus accusée, c'est-à-dire le télencéphale.

Chez des Cyclostomes, en effet, la moelle, mince ruban transversal, est dépourvue de sillons médians, et l'encéphale ne présente, sur toute sa longueur, que de très légères dépressions médianes. Chez les Oiseaux, le télencéphale, encore rudimentaire, ne joue guère quelque rôle physiologique que par le corps strié et les

régions voisines ; les lobes optiques, centre plus important, sont souvent à peine déprimés sur la ligne médiane.

Dans le cervelet, les centres corticaux préposés aux synergies bilatérales, et, par conséquent, impairs et médians, par exemple la partie du lobe postérieur représentant le vermis de l'anthropotomie, diminuent progressivement, chez les Mammifères, au profit des centres pairs (lobules ansiformes, etc.), à mesure que la synergie bilatérale initiale et exclusive de la progression fait place à l'indépendance croissante de chacun des quatre membres. En d'autres termes, dans tous les ordres, et notamment chez les Carnivores et les Primates, l'évolution anatomique du cervelet montre les coordinations unilatérales se dégageant de la coordinat ion bilatérale primitive, et l'appareil de l'équilibre s'adaptant progressivement, par une complexité croissante, aux nouvelles conditions statiques (Voir L. Bolk, 1906, surtout p. 383 à 398).

Les hémisphères cérébraux suivent un développement en rapport avec la complexité croissante des fonctions connexes ou dérivées de celles de la locomotion (préhension, organes des sens).

En effet, à mesure que les fonctions se compliquent, elles se subordonnent les unes aux autres, ou plutôt on voit se développer des fonctions supérieures qui consistent à assurer la collaboration synergique des fonctions d'organes distants les uns des autres (Wundt, 1902, I, p. 228), organes dont les centres nerveux primitifs sont eux-mêmes très distants: au fur et à mesure de l'évolution, ces centres d'abord autonomes se soumettent à des centres bulbo-pontiques ou mésocéphaliques déjà plus rapprochés les uns des autres, puis à des centres corticaux que l'on tend de plus en plus à considérer comme les agents primordiaux de l'unité fonctionnelle ; ces centres sont formés de deux moitiés séparées, mais ils ne sont pas *doubles* : il existe deux rétines oculaires, deux corps genouillés externes, deux quadrijumeaux antérieurs, deux pulvinars, mais il n'y a qu'une rétine cérébrale. Nous développerons ce point à propos de la physiologie, en parlant des effets de cette *centralisation* progressive poprement dite que met en évidence la phylogénèse. Mais celle-ci montre encore une autre évolution dont le résultat est de toute importance pour la question du duplicisme, quoique l'Auteur n'ait pas même songé à l'envisager au point de vue phylogénétique et n'en fasse mention à d'autres

sujets que d'une façon accessoire et toujours erronée : c'est l'*entrecroisement* des voies de conduction que Wundt considère avec raison « comme une des conditions principales de la fusion des fonctions d'organes périphériques distants en une fonction résultante unique » (1902, I, p. 229).

Pourquoi chez les Vertébrés, même les moins élevés, les deux co-êtres échangent-ils quelques-uns de leurs centres nerveux, dont les fibres afférentes ou efférentes traversent ainsi obliquement le plan médian, tandis que chez les Invertébrés, même les plus élevés quant à la vie psychique, les Hyménoptères par exemple, les centres nerveux de chaque côté, tout en échangeant de multiples fibres commissurales avec ceux du côté opposé, président seuls à la motilité et à la sensibilité de la moitié homonyme du corps ? Comment le duplicisme n'a-t-il pas envisagé ce fait, si curieux et vraiment pour lui paradoxal, de la *compénétration* réciproque *des co-êtres*? Serait-ce qu'il se contente de l'hypothèse bien connue de R. y Cajal, d'après laquelle tous les entrecroisements sont commandés par l'entrecroisement originel des voies optiques, nécessité lui-même par la présence d'un appareil dioptrique qui renverse les images rétiniennes ? (On trouvera l'exposé de cette hypothèse et les critiques de Wundt, à la fin du paragraphe sur la phylogénèse). Mais, pour s'en tenir au seul chiasma optique, comment le duplicisme a-t-il pu négliger les entrecroisements incomplets des animaux à vision stéréoscopique, entrecroisements grâce auxquels, au fonctionnement successif des deux yeux, de leurs centres et de leurs muscles, des animaux à vision unioculaire ou panoramique, s'est substitué un fonctionnement essentiellement synchrone ? Nous verrons que le duplicisme ne s'embarrasse pas de la nécessité de la synergie des deux co-êtres; mais, puisqu'il prétend se baser sur l'organisation, son Auteur a eu tort de ne pas tenir compte, dans son étude phylogénétique, d'une disposition liée à l'unité de la rétine cérébrale et qui nécessite la synergie primitive et constante des parties des deux rétines dont précisément les fibres ne sont pas entrecroisées, pour une fonction capitale dans la vie psychique, la perception visuelle de la profondeur.

Mais les centres optiques et ceux qui président à des fonctions motrices et sensitivo-sensorielles, dont la mise en œuvre intéresse toujours manifestement les deux moitiés du corps, ne sont pas les seuls à présider à l'innervation de chacune de ces dernières par un double et partiel entrecroisement. Tous les centres de projection sont en rapport avec les deux moitiés du corps (1) ; nous traiterons plus tard de l'expression physiologique de cette disposition que l'Auteur ignorait certainement, car, toutes les fois qu'il fait allusion à un entrecroisement, il le suppose complet et rattache obstinément la vie psychologique d'une moitié du corps au fonctionnement du seul hémisphère opposé. Nous y perdons certainement des vues ingénieuses sur l'entrecroisement progressif, chez les Mammifères, des voies cortico-médullaires descendantes ou voies pyramidales, sur la coexistence de telles voies restées encore directes avec les entrecroisements sensitifs et sensoriels, enfin sur la coexistence, chez les Amamaliens, de voies d'union de la moelle avec le toit optique, le cervelet, le corps strié, tantôt directes et tantôt croisées, avec des chiasmas optiques présentant toutes les proportions possibles de fibres directes et de fibres croisées, quelquefois complets (Poissons), et des entrecroisements acoustiques et olfactifs constamment partiels et solidarisant ainsi dès l'origine de la vie psychique les deux moitiés du névraxe.

Du reste, si de tous les entrecroisements des voies de conduction, aucun n'est si bien connu que celui des voies optiques, dans ses conditions physiologiques et dans son évolution phylogénétique, si aucun même n'a une origine plus ancienne, il ne s'ensuit pas qu'il faille admettre avec Cajal que l'entrecroisement optique a été la cause de tous les autres. Wundt fait à ce sujet une remarque qui constitue une grave objection au duplicisme : « La synergie qui existe pour les autres organes sensoriels et moteurs, et notamment pour les rapports entre les excitations sensorielles et les réactions motrices, pourra avoir partout d'elle-même les mêmes effets, lesquels, d'autre part peuvent se consolider réciproquement. L'indépendance relative est mise en évidence par ce fait, par exemple, que, chez les Vertébrés inférieurs à chiasma optique complet, d'au-

(1) La phylogenése et l'anatomie des voies homomères ascendantes ou descendantes sont aujourd'hui bien connues ; mais il n'en est pas de même pour leur physiologie : bien des résultats des expériences de Brown-Sequard sur « les prétendus centres psychomoteurs » (1879, 1882) sont encore inexpliqués. On connait toutes les variétés imaginables de décussation des pyramides chez l'homme mais les fonctions des fibres pyramidales homolatérales sont encore obscures : si leur lésion était l'unique substratum des troubles du « côté sain » dans l'hémiplégie organique, on ne devrait jamais observer d'hémiplégie complète, à cause de la présence de fibres homolatérales saines dans le côté paralysé.

tres entrecroisements, par exemple ceux des voies motrices des muscles du squelette, sont beaucoup plus incomplets que chez l'homme. De même, chez tous les Vertébrés, jusqu'à l'homme, la moelle est bien certainement la portion du névraxe dans laquelle les voies de conduction restent le plus souvent dans le même côté. Par contre, dans le bulbe déjà, le grand nombre des fonctions motrices à caractère symétrique bilatéral] qui y possèdent leurs centres (mouvements de la respiration, de la déglutition, de la mastication, de la mimique), introduisent un grand nombre de croisements partiels. Il en est de même dans les territoires des nerfs olfactifs et optiques, où ces entrecroisements sont probablement liés à la synergie motrice. » (I. p. 237).

En résumé, de par la phylogenèse, la vie psychique la plus simple est impossible, dès qu'il existe un système nerveux, continu si les deux moitiés de ce système sont fonctionnellement indépendantes ; elle est impossible parce que l'est la formation de ses éléments ; mais une fois celle-ci effectuée, ou bien et dès le début, pour les actes inconscients, certaines parties du système nerveux peuvent fonctionner sans la partie homonyme du côté opposé. Mais on verra que ce fonctionnement présente des caractères spéciaux et ne fournit à la synthèse psychique que des contributions provisoires et toujours incomplétés par quelque endroit.

Les critiques adressées par Wundt à la théorie de Cajal paraissent absolument justes et méritent d'être reproduites ici, car les vues propres à l'auteur allemand sur le rôle des synergies motrices dans la phylogenèse des entrecroisements moteurs et sensitifs sont d'une importance capitale au point de vue du duplicisme, qui a pourtant négligé toute l'immense classe des faits qu'elles concernent.

« Dans les yeux composés à facettes des Insectes, l'image rétinienne forme une mosaïque grossière ; comme chaque facette représente un appareil dioptrique indépendant, l'image composée présente la même orientation que l'objet. Aussi quand un tel œil est pourvu d'un appareil musculaire, au lieu de tourner sur un centre situé dans son intérieur, il se meut comme un organe tactile, grâce à la tige mobile qui le supporte, autour d'un centre situé derrière lui dans le corps de l'animal. » (Wundt). Cet œil réalise à merveille la vision « toucher à distance » des anciens philosophes. D'autre part, comme, chez les Invertébrés, les voies nerveuses afférentes et efférentes ne traversent pas le plan médian, les voies optiques ne subissent non plus aucun entrecroisement.

On sait que chez les Vertébrés il n'en est plus de même : que, dès les Cyclostomes, l'entrecroisement est complet. Chez les Vertébrés inférieurs, les yeux sont en général placés latéralement et leurs champs visuels sont complètement distincts, peut-être même pas toujours contigus ; mais, chez les animaux plus élevés, les yeux se placent de plus en plus en avant et leurs champs visuels se confondent en partie ; l'entrecroisement devant progressivement partiel.

On connaît l'hypothèse de Cajal et l'on sait que, pour la vision en particulier, elle considère que l'image de l'objet, est divisée par la vision uni-oculaire en deux parties, dont chacune est renversée par un cristallin, son côté interne devenant externe, et serait ainsi inutilisable pour l'animal s'il n'y avait pas entrecroisement complet. Cette hypothèse suppose en effet que l'image rétinienne est portée intégralement par les voies optiques de la rétine au centre visuel, sans être dissociée et sans même que son orientation soit modifiée ; il est facile de comprendre qu'elle reprend alors dans le centre visuel sa position naturelle par rapport à celle donnée par l'autre œil ; son extrémité externe sur la rétine redevient interne sur le centre visuel, et par conséquent, sinon contiguë à l'extrémité interne de l'image donnée par l'autre œil et également transportée sur le centre visuel, du moins tournée vers son extrémité. Voici la substance des objections que Wundt fait à cette théorie.

1° La rétine oculaire est une portion du névraxe repoussée à la périphérie ; on ne peut donc supposer qu'une mauvaise orientation de l'image sur l'écorce centrale troublerait notre esprit alors que la mauvaise orientation sur la rétine n'est pas même connue de lui.

2° Il est difficile d'admettre que « la conscience réside immédiatement dans l'écorce » et y perçoive l'image du monde extérieur, image qui devrait ainsi correspondre exactement à la situation réelle des objets dans l'espace.

3° L'existence des circonvolutions chez beaucoup d'animaux rend cette hypothèse déjà bien invraisemblable, ainsi que Cajal le reconnaît lui-même ; comment admettre que la répartition des fibres entrecroisées puisse corriger la désorientation due à la présence des plis !

4° S'il est vrai que l'image centrale reproduise exactement la situation de l'objet et de tous ses détails, il doit y avoir non seulement correction des rapports mutuels des images rétiniennes des deux yeux, mais encore redressement, dans le centre nerveux, de chaque image rétinienne : ce qui, dans celle-ci, est situé en haut, devrait dans l'image centrale, se trouver en bas. Or rien ne démontre que, outre l'entrecroisement transmédian, il y aît dans chaque nerf optique un croisement vertical de ses fibres.

5° Les symptômes de l'hémianopsie corticale sont moins nets que ceux de l'hémianopsie par lésion de la bandelette ou du thalamus ;

de petites lésions corticales peuvent rester latentes ou ne se traduire que par une simple diminution de la sensibilité à la lumière. Le contraire devrait exister si l'acte visuel reposait sur une « Reconstruction » parfaite dans l'écorce des qualités spatiales de l'objet.

6° La vision des objets dans leur vraie position malgré le renversement de leurs images est facile à expliquer sans l'hypothèse du croisement vertical des fibres ; dans tous les yeux pourvus d'un système dioptrique opérant le renversement des images, le centre de rotation est intérieur à l'œil, au lieu de lui être extérieur comme dans les yeux pédonculés des Invertébrés. Quand la tache jaune, point de vision distincte, se meut de bas en haut, le point fixé sur l'objet extérieur se meut de haut en bas. Or nous jugeons de la situation des objets d'après les parties et les mouvements de la ligne de fixation qui sont situées et qui se passent en avant du centre de rotation, et non d'après ce qui est situé derrière ou d'après l'image rétinienne dont la situation nous est par elle-même aussi inconnue que celle de l'hypothétique image centrale.

Wundt explique par un mécanisme semblable, c'est-à-dire, par les mouvements des deux yeux, l'orientation adéquate des deux images rétiniennes dans la vision binoculaire. Chez les animaux à vision panoramique, pour que les deux moitiés du champ visuel soient bien orientées, il faut que le mouvement d'un objet passant de l'une dans l'autre ne présente aucune discontinuité ; cette condition est remplie de la façon suivante, pour la vision d'un objet allant par exemple du bord externe du champ visuel de l'œil droit au bord externe du champ visuel de l'œil gauche: l'œil droit accompagne l'objet grâce à la contraction progressive du droit interne; dès que l'objet passe dans le champ visuel gauche, l'œil gauche le saisit car il est dirigé en dedans par la contraction de son droit interne, laquelle a suivi immédiatement celle du droit interne droit, et est à son tour suivie immédiatement de celle du droit externe, grâce à laquelle l'œil gauche accompagne l'objet jusqu'à sa sortie du champ visuel. D'autre part « il n'est pas invraisemblable que les appareils servant à transformer les impressions sensorielles en influx moteurs possèdent dans les centres une certaine symétrie. » Or, s'il n'y avait pas entrecroisement, l'innervation (des centres corticaux transmettant les impulsions aux centres musculaires) devrait suivre une marche interrompue : par exemple, tant que l'œil droit se meut, se propager de dedans en dehors, pour, quand l'œil gauche se meut à son tour, sauter aux centres du côté opposé et s'y propager aussi de dedans en dehors. Donc, si les deux moitiés du champ visuel sont bien orientées l'une par rapport à l'autre, cela ne tient pas à l'ordre dans lequel les images de chaque point sont projetés dans le cerveau, mais à ce que, dans l'ordre présidant aux mouvements comme à la localisation dans l'organe visuel

au repos, il y a, dans chaque perception spatiale, correspondance exacte des fonctions sensorielle et motrice.

La vision binoculaire diffère de la vision panoramique par ce fait que dans la vision des objets rapprochés situés dans le champ visuel commun, les mouvements des yeux sont exécutés synergiquement et symétriquement par rapport au plan médian, et les points également éloignés de celui-ci sont homologues les uns des autres. En d'autres termes, aux mouvements successifs et parallèles de la vision panoramique s'opposent les mouvements synchrones de convergence de la vision stéréoscopique : dans ces derniers mouvements (d'examen successif de l'extrémité rapprochée et de l'extrémité éloignée de l'objet situé dans le champ visuel commun), les muscles sont associés, non plus d'après leur situation par rapport à l'espace extérieur (droit externe droit, puis droit interne droit, puis droit interne gauche, etc.), mais d'après leur situation par rapport au plan médian et, conséquemment, par rapport à chaque œil. Les conditions présidant dans les centres à la genèse reflexe des mouvements par l'excitation lumineuse seront aussi inverties ; les points les plus internes de chaque rétine correspondent aux points de l'objet les plus éloignés ; leur excitation est le point de départ (dans la portion interne de chaque centre visuel) du réflexe aboutissant à la contraction des deux droits internes, c'est-à-dire à l'augmentation de la convergence. Un mécanisme inverse préside à la contraction des droits externes, c'est-à-dire à la diminution de la convergence. Wundt suppose, d'autre part, que les éléments des organes centraux présentent une disposition symétrique par rapport au plan médian, ainsi que les appareils réflexes qui sont le point de départ des influx moteurs destinés à chaque muscle : centres (corticaux) des droits internes situés en dedans des centres des droits externes.

L'hypothèse de Cajal est insuffisante parce qu'elle ne considère que l'appareil et les impressions sensoriels ; celle de Wundt, qui au contraire envisage tout le système sensori-moteur, permet seule de comprendre les rapports que l'on constate entre « le passage de l'entrecroisement total à l'entrecroisement partiel et celui de la vision panoramique à la vision stéréoscopique ». Une conséquence ou condition de l'adaptation de l'organe visuel à ce mode de fonctionnement et au mécanisme de la convergence, c'est que, pour toute la portion du champ visuel commun aux deux yeux et servant à la vision stéréoscopique, les voies optiques sont directes.

Mais tous les animaux à vision stéréoscopique possèdent aussi la vision panoramique à laquelle sont affectées les portions internes ou nasales des deux rétines et aux lois particulières de laquelle sont soumis les mouvements des yeux. Elle impose naturellement le croisement complet des fibres optiques venues des moitiés internes des deux rétines, entrecroisement nécessaire pour que les

deux yeux fonctionnent symétriquement par rapport à l'un des plans latéraux et non plus au plan médian.

B. EMBRYOLOGIE ET ANATOMIE. — 1° *Dualité d'origine.* Préoccupé avant tout de multiplier des exemples où le nombre deux tînt une place quelconque, l'Auteur mentionne d'abord (p. 12) la dualité d'origine de l'œuf : « Peut-être l'un [l'homme] arrivait-il de New-York et l'autre [la femme] de Paris » (p. 12). Cet argument ne mérite pas d'être discuté, mais il met bien en relief le genre d'esprit critique qui a présidé au choix des arguments : l'Auteur en reconnaît d'abord l'inanité : » Ce n'est pas ... qu'on puisse conclure de celle-ci [la double origine] à la bi-individualité de l'œuf humain » (p. 12); mais, cette concession faite, il cite à maintes reprises la « dualité d'origine » en faveur de sa thèse : « double en ses engendreurs... double en ses organes physiologiques, l'Homme.... » (p. 15) « ... ces trois caractères, que l'œuf est formé de deux éléments *absolument* étrangers l'un à l'autre, que.... » (p. 15) « .... qu'importe qu'il n'y ait pas corrélation apparente entre la dualité sexuelle des engendreurs et la dualité blastomérique. » (p. 14). Je regrette d'ignorer comment les choses se passent chez les Rayonnés.

2° « *Dualité blastomérique* » (p. 14). On sait que le premier plan de division de l'œuf en segmentation est méridien et indique le plan de la future symétrie bilatérale : « Dès que l'œuf humain est né.., sa masse va se diviser, se séparer en deux petites masses de forme ovoïde, qu'on nomme blastomères. Dès ce moment, c'est-à-dire *ab initio*, le dualisme s'institue » (p. 13).

Mais cette dualité, qui n'aurait de valeur pour le duplicisme que si elle était persistante, ne disparaît-elle pas bientôt, pour une période souvent très longue, car elle est sans rapport direct avec le mode de progression ? N'existe-t-elle pas chez les Rayonnés, chez nombre desquels le 2e plan est encore méridien, accusant ainsi la symétrie binaire, et précisément chez des animaux à symétrie définie pentaradiée, avant qu'apparaisse le 1er plan équatorial qui séparera l'hémisphère végétatif et l'hémisphère animal ?

Chez tous les animaux, dès le stade où un même parallèle à l'équateur rencontre quatre cellules (4 cellules en tout chez les Echinodermes, 8 en tout chez les Ascidies, etc.), on ne peut plus reconnaître les 2 cellules provenant d'un blastomère donné.

Le 2[e] plan méridien crée donc une symétrie quaterne aussi nette que la symétrie bilatérale initiale, et, pour avoir le droit de rattacher à celle-ci la symétrie de l'adulte, l'Auteur aurait dû montrer chez ce dernier des traces de la symétrie quaterne.

3° Sous le titre de *preuve tératologique expérimentale*, l'Auteur rapporte les classiques expériences de Chabry sur des œufs d'Ascidies: piqûre d'un des deux blastomères, formation d'une larve monstrueuse : « Un seul blastomère fut tué, tandis que l'autre, continuant à se développer, donna naissance à un demi individu dans le sens longitudinal, c'est-à-dire à un des deux co-êtres simples dont la conjugaison constitue l'être double. » (p. 16). Par une nouvelle application de la théorie aujourd'hui ridicule de la préformation, l'Auteur attribue donc à l'œuf une structure comparable, superposable à celle de l'adulte. Il reconnaît d'ailleurs que l'expérience ne réussit pas toujours : « l'animal se développe double mais plus petit de volume ». Mais tant de causes peuvent l'expliquer : « On peut craindre qu'à l'un des deux blastomères soit restée adhérente une parcelle de l'autre ». Je cite ce passage pour montrer de quelle documentation l'Auteur s'est contenté pour une partie si importante de son sujet, et combien il est ignorant des conditions habituelles de ces recherches: du reste « les expériences à résultat divergeant... ne peuvent rien contre ce fait... qu'on a vu un des deux blastomères survivre et donner naissance... à un individu simple » (p. 17).

Est-il besoin d'ajouter que *jamais*, en réalité, l'expérience de Chabry n'a abouti au résultat auquel l'Auteur fait allusion et dont il tire des déductions qui se trouvent par conséquent radicalement fausses.

Driesch (voir O. Maas, 1903) puis Campton ont en effet, surabondamment démontré que, chez les Ascidies, chaque blastomère séparé de son congénère donne naissance non pas à une demi larve, mais et, toujours, à une larve com

plète mais plus petite et dépourvue seulement de quelques organes secondaires, dont l'absence n'est d'ailleurs pas constante : otolithe, tache oculaire,etc. La première ébauche de la corde est notamment multistratifiée comme chez la larve normale ; ce n'est que plus tard qu'elle n'est plus représentée que par un cordon formé d'une seule rangée de cellules, ce qui est aussi le cas dans le développement normal ; seulement, chez la larve dérivée d'un seul blastomère, le nombre des cellules est relativement plus petit. Enfin, sans séparer les deux blastomères, on peut obtenir des larves *identiques* (de taille réduite et souvent privées de certains organes) en laissant un certain temps l'œuf encore insegmenté dans de l'eau insuffisamment pure, ou en le soumettant à un éclairage intense.

Bref, le blastomère isolé ne montre aucune tendance à une «demi segmentation » (Otto Maas) et à la formation d'une demi gastrula ; de très bonne heure il tend à régulariser, à rétablir les conditions normales. Il n'en est pas tout à fait de même chez les Echinodermes ; mais les conditions nouvelles que l'on rencontre chez ces animaux mettent encore mieux en évidence la fausseté de la théorie qui considère chaque blastomère comme représentant un individu.

Chez les Oursins, réguliers et irréguliers, le deuxième plan de division est encore méridien, le troisième seulement divise chacun des quatre blastomètres en une cellule animale et une cellule végétative, celle-ci reconnaissable chez certaines espèces à la présence d'un anneau pigmenté. La quatrième segmentation donne 8 cellules animales et 8 végétatives dont quatre,très petites et dépourvues de pigment, les micromères,s'accumulent au pôle végétatif. Or, on a pu isoler les unes des autres sans arrêter leur développement ultérieur, non seulement ces 16 cellules, mais les 32 de la génération suivante ; les résultats, constamment contraires à la théorie de la pluriindividualité (il s'agit d'ailleurs ici d'animaux rayonnés dont beaucoup présentent aussi la symétrie bilatérale), méritent d'être rapportés avec quelque détail. Rien à craindre, tout d'abord, de « l'adhérence d'une parcelle de l'autre blastomère » ou de la lésion simultanée de plusieurs d'entre eux ; pour opérer la dissociation, il suffit à Herbst (v. O. Maas, 1903),d'immerger temporairement chaque œuf, arrivé au stade à étudier, dans de l'eau de mer privée de sels de chaux. L'isolement effectué, il n'y a qu'à replonger les cellules (dont la nature, avons-nous vu, peut chez certaines espèces être reconnue) dans de l'eau de mer naturelle, pour les voir proliférer. Les cellules du stade 2, en d'autres termes, les deux blastomères primitifs donnent chacun tantôt une demi-

blastula, c'est-à-dire un hémisphère creux, tantôt une blastula normale, le trouble de la segmentation disparaissant rapidement : mais, dans tous les cas, les cellules se rapprochent et finissent par fermer complètement l'orifice, c'est-à-dire par donner une blastula entière, de taille, il est vrai, légèrement réduite, mais qui évoluera jusqu'à la formation d'un Pluteus parfait. Les blastomères du stade 4 n'arrivent plus à ce terme, mais poussent encore très loin leur développement. Les cellules du stade 8 (dont 4 animales et 4 végétatives) donnent encore, non seulement une morula fermée, mais une gastrula avec intestin segmenté et ébauche d'un squelette au sein du mésenchyme : les divers potentiels contenus dans le noyau unique du début ne se répartissent donc pas d'une façon rigoureusement tranchée entre les cellules animales et végétatives ; les unes et les autres conservent encore une assez grande quantité des diverses propriétés de la cellule primitive nécessaires à l'être complet: il semble que la tendance de chacune à développer toutes les forces qu'elle contient soit enrayée et guidée par la présence des autres cellules. Ainsi les cellules végétatives qui, dans l'œuf complet, ne donnent que l'intestin et, par les micromères, le mésenchyme, arrivent à former après isolement artificiel des blastulas complètes : celles-ci sont soumises, il est vrai, à une forte mortalité, mais les survivantes gastrulent presque toutes normalement. Au contraire, les blastulas provenant des quatre cellules animales vivent plus longtemps et en plus grand nombre, mais n'arrivent que rarement à former des gastrulas, d'ailleurs souvent dépourvues de mésenchyme ; le plus souvent leur développement s'arrête à la formation d'une blastula à cellules claires et pourvues de longs cils, sans qu'il y ait indication d'une cavité intestinale. La différence n'est donc pas absolue : chez les unes, tendance plus marquée à l'activité animale (formation des cils) ; chez les autres, à l'activité végétative (gastrulation),

Enfin, les cellules du stade 16 peuvent encore donner chacune une gastrula, mais sans segmentation de l'intestin, et la plupart des 32 de la génération suivante vont encore à la blastula.

Je rappelle que les Pluteus (larves à vie libre d'Oursins et d'Ophiurides) sont à symétrie exclusivement bilatérale. En appliquant ici la théorie de l'auteur, on devrait considérer chaque moitié comme formée de deux, voire même de quatre individus entiers, c'est-à-dire doubles, c'est-à-dire encore équivalant à l'individu qui les renferme ; tel cet être énimagtique dont le corps, une fois condensé dans une masse limitée de matière, se retrouve tout entier, après rupture de cette masse, dans chacune des parcelles produites.

4° *Dualité ou unité passagères ou permanentes de divers organes.* « Doubles tous les organes *chargés de fonctions par-*

ticulières : double le poumon, double le cœur qui chez l'embryon est constitué même par deux organes séparés, l'un de droite, l'autre de gauche, double le foie, tout au moins *dans la vie embryonnaire*, double de même le pancréas, séparé en deux parties chez l'embryon » (p. 7). Et l'Auteur cite encore, sans plus de discernement, des organes dérivés d'ébauches doubles, ou d'ébauches simples primitivement ou par coalescence : « La langue double dans ses bases l'est anatomiquement dans le corps médian. *La glande thyroïde, le thymus sont bilobés dans l'embryon* ». Cette accumulation vous désarme vraiment, tant par les multiples et grossières erreurs qu'elle sous-entend, que par les nombreuses lacunes qu'elle présente et l'absence de tout essai d'interprétation : « Pourquoi, se demande de son côté l'Auteur de la préface, possédons-nous deux poumons, deux reins, alors qu'un seul de ces organes pourrait parfaitement suffire ... ?... Pourquoi la nature confondrait-elle ultérieurement en un seul des organes primitivement doubles (langue, foie, etc.) et désavoue-t-elle ainsi son plan primitif ? » (p. XII et XIII). Voici toute la réponse : « Tous les organes sont doubles, excepté ceux qui présentent le double caractère d'être à la fois situés dans l'axe longitudinal et de ne servir qu'au *rattachement*, à la ligature, au support des deux parties de l'être, ou encore au passage des matériaux étrangers à l'organisme, soit que ceux-ci soient amenés au contact des principes digérants, soit au contraire pour qu'ils soient rejetés comme déchets » (p. 7 et 8). Y aurait-il là, à la rigueur, les éléments d'une explication de l'unicité primitive de l'allantoïde, du placenta, de la rate, du vagin, du tubercule génital, du canal thoracique, de l'unicité secondaire, mais si pleine d'enseignements, de plusieurs des gros vaisseaux ? Hélas ! « Les organes, dit l'Auteur de la préface, qui nous paraissent uniques dans l'individu arrivé à son complet développement, sont en réalité originellement pairs dans les premières phases de la vie...... embryonnaire et fœtale » (p. XII). Et l'Auteur du livre ne trouve que deux organes qui « paraissent non doubles ... la colonne vertébrale et le tube digestif » (p. 8). Mais pour la première, « la dualité originelle de la corde dorsale..., sur laquelle se modèlera en sa complexe forma-

tion la colonne vertébrale..., a été constatée chez divers animaux » (p. 8). J'ajoute que, chez beaucoup d'autres, la *première* ébauche est, sur coupe transversale, pluricellulaire, et peut se voir appliquer le sublime raisonnement que nous rencontrerons tout à l'heure à propos du système nerveux.

Quant au tube digestif (moins la portion bucco-pharyngée sans doute) « ... en temps que route (dans sa première partie, et qu'égout (dans sa seconde), il n'est pas un organe ... mais un simple vide. Or *un vide ne peut être ni simple ni double*. Au contraire, les glandes de sécrétion.... sont réparties sur la paroi du vide digestif entre les deux co-êtres et sont par paires » (p. 9). Tels sont, notamment, le foie et le pancréas.

Considérant d'ores et déjà, et de par la seule phylogénie, le duplicisme comme une erreur, nous n'avons pas à répondre, contrairement à l'Auteur du livre, à l'insidieuse question posée dans la préface ; mais il ne sera peut-être pas inutile de remarquer que le développement ontogénique confirme les relations générales que montre la phylogénèse entre la fonction de locomotion et la symétrie bilatérale. La première est représentée, pour l'embryologiste, par la forme du corps et de ses cavités propres ; la seconde est en question pour l'unité ou la dualité, la symétrie ou la dyssymétrie des organes.

Quand se forment les cœurs, l'embryon présente deux extrémités, deux faces et deux côtés, et est entouré, à peu près de partout, par l'aire vasculaire ; les tubes cardiaques se forment à la limite interne de cette dernière, qu'ils vont mettre en relation fonctionnelle avec le corps de l'embryon, c'est-à-dire sur les côtés de l'extrémité céphalique de ce dernier. Mais dès que les replis cardiaques se sont rejoints en avant de la gouttière intestinale, les deux tubes se soudent en un seul qui devient fortement asymétrique avant même que sa cavité soit unique sur toute sa longueur : ce tube n'a plus, en effet, comme ses deux éléments formateurs, de rapports étroits avec la forme du corps : il est maintenant libre dans une poche qui lui est propre et dont l'évolution sera longtemps indépendante de celle des parois proprement dites du corps de l'embryon.

Les organes primitifs doubles ou symétriques, expression temporaire de la loi du moindre effort, peuvent, ou perdre leur dualité ou leur symétrie originelles par régression unilatérale ou partielle quand une portion ou un seul des deux organes formés d'abord est suffisant, ou bien être employés à la formation

d'organes de fonctions différentes, quelquefois même complémentaires : ces deux modes d'évolution, si évidemment contraires au duplicisme, se rencontrent dans le développement des gros vaisseaux : des deux artères omphalomésentériques, l'une disparaît toujours de bonne heure (la droite chez le lapin, au 10e jour : la gauche, chez l'homme, vers le 35e : Tourneux, *Précis d'embryologie humaine*, 1re édition, p.379). Un des arcs aortiques (le 5e ou 6e) sera accaparé par la circulation pulmonaire. Le système éminemment impair et asymétrique de la veine porte et du canal d'Arantius succède à la portion proximale des deux veines vitellines. Aux cardinales inférieures et supérieures, paires et symétriques succèdent les deux systèmes impairs et asymétriques des veines caves et des azygos.

L'appareil respiratoire serait-il, pour un dupliciste, moins unique que le vide digestif, dans sa portion sus-bronchique ? Au fond, peu importe : cette portion se développe sur la ligne médiane ; mais l'extrémité inférieure de la gouttière respiratoire ne peut s'étendre et proliférer qu'en se dédoublant et en engageant chacun de ses bourgeons, révêtu d'une enveloppe fournie par le méso œsophagien,dans les prolongements supérieurs et pairs de la cavité cœlomique, en arrière de la poche cardiaque.Quoique les poumons soient destinés à un fonctionnement constamment et rigoureusement synergique, quoique l'unité de chacun des deux cœurs rende absolument vaine, au point de vue physiologique, la séparation en deux parties distantes de la portion inférieure de l'appareil respiratoire, cette séparation persiste dès le début de l'évolution phylogénique de cet appareil: celle-ci est en effet relativement récente; l'évolution ontogénique est donc tardive et ne commence que lorsque les formes du corps et de ses cavités sont à peu près définitivement arrêtées. De plus,le fonctionnement mécanique des poumons leur impose des rapports directs avec les agents de mouvement des parois du tronc : c'est pour cela qu'ils sont doubles, tandis que l'autre organe moteur asservi à la fonction de l'hématose, le cœur droit, non seulement est unique, mais ne représente qu'une partie d'un organe antérieurement simple et asymétrique.La rate, d'apparition également tardive, et privée dès l'origine de toute relation topographique ou fonctionnelle avec les parois du corps, se présente constamment impaire et asymétrique.

Destiné à assurer de bonne heure l'excrétion des produits de déchet et à mettre le cœlome en communication avec l'extérieur, le pronéphros,dont le développement est ainsi nécessairement précoce,ne peut apparaître que là où se trouve dès lors une certaine masse de mésenchyme, c'est-à-dire latéralement : il est donc pair et symétrique car le développement du mésentère assure sa dualité, celle de l'organe qui lui fait suite, phylogéniquement et ontogéniquement, le corps de Wolff, et celle de leurs dérivés.

Parmi ces derniers, les glandes génitales, dont l'évolution formatrice est très lente et qui gardent pendant longtemps des rapports étroits avec les parois du corps, conservent la dualité, physiologiquement annulée par l'unicité constante d'une partie au moins des voies d'issue de leurs produits : urèthre chez le mâle, portion fusionnée des canaux de Müller chez la femelle.

Enfin, les organes urinaires et génitaux pairs sont alliés physiologiquement à des organes impairs et médians, dont l'ébauche primitive ne peut raisonnablement être tenue pour double ; allantoïde, tubercule génital, lame épithéliale du vagin (Tourneux et Legay.)

5) *Unité organique et systématique du névraxe.* « Double le cerveau, et très distinct en ses deux hémisphères, double la moelle, double tout le système nerveux » (p. 7). Pourtant, le développement de la gouttière médullaire n'a-t-il pas quelque analogie avec celui de la gouttière intestinale : les parois de cette dernière se rapprochent puis se fusionnent ; puis les deux somatopleures se soudent l'une à l'autre sur la ligne médiane et forment pont par dessus le « vide digestif » maintenant indépendant. Semblablement, les parois de la gouttière médullaire, d'abord largement étalées, rapprochent progressivement leurs bords externes qui finissent par se souder l'un à l'autre sur la ligne médiane, puis perdent leur connexion primitive de continuité avec l'ectoderme cutané : celui-ci, finalement, forme pont au-dessus du « vide nerveux » maintenant indépendant du feuillet qui lui donna naissance.

Questionné par l'Auteur sur la dualité du névraxe, M. le Pr Delage a vainement répondu que « l'ébauche primitive en est simple et médiane » et « par suite de l'évolution prend l'aspect d'une formation double et symétrique ». Donc, « la constitution double et symétrique du système nerveux central n'a pas pour origine le rapprochement de deux ébauches primitivement indépendantes... Cette évolution n'a nullement la signification de l'établissement de deux parties distinctes rapprochées » (p 10). La réponse est retardée « de quelques pages... en vue d'une plus grande clarté », pour présenter préalablement au lecteur les preuves que l'ordre naturel nous conduisit à examiner plus haut. Mais

vraiment, la réponse avait le droit de se faire attendre : notons qu'il est précisément question de la bi-individualité, de l'existence de ce que l'Auteur appelle les co-êtres, et que sa première preuve, la « preuve morphologique », devait porter tout d'abord la discussion sur le névraxe, dont le développement précéda celui de tous les autres appareils et guide celui de plusieurs d'entre eux. Or, « M. Delage peut-il se porter garant que les deux co-êtres ne concourent pas également à la formation du tube nerveux ? ... Mais la chose est infiniment vraisemblable, puisque M. Delage nous apprend lui-même que le tube s'est formé sur la ligne médiane. *Les deux co-êtres y ont donc également participé.* » (p. 18 et 19). N'est-ce pas mieux trouvé que la *virtus dormitiva* !

D'ailleurs si, dans certains segments du névraxe, la moelle par exemple, les parois sont plus épaisses latéralement que sur la ligne médiane, il n'en est plus de même pour les vésicules encéphaliques qui sont presque toujours nettement indiqués avant qu'apparaisse la moindre dépression médiane ; les hémisphères cérébraux forment encore à la fin du premier mois chez l'homme une vésicule unique, bien distincte en arrière du thalamencéphale et, en bas, du rhinencéphale, mais dont les parois ne présentent encore sur la ligne médiane ni saillie ni dépression : le développement considérable des hémisphères, c'est-à-dire de la seule portion du névraxe où la substance grise ne se continue pas directement d'un côté à l'autre, est dû à la complexité brusquement accrue des fonctions sensorielles, des mouvements qui leur sont liés et de toutes les associations nécessitées par ces fonctions. Mais ce grand développement, qui rend plus profonde la scissure médiane, est compensé, ou plutôt complété par le développement parallèle du corps calleux qui finit par l'emporter de beaucoup sur l'ensemble des autres commissures du prosencéphale et dont le rôle est surtout d'unir entre eux des points hétérotopiques des deux hémisphères.

Nous croyons inutile de revenir, après ce qui en a été dit dans la Phylogenèse, sur les relations périphériques bilatérales, directes ou indirectes, de chacun des centres du cortex : on nous pardonnera de rappeler à ce sujet le travail d'ensemble de Wertheimer et la revue générale de Grasset. Mais certaines de ces relations nécessitent ou impliquent une symétrie constante pour l'obtention de certaines données simples en apparence ; par exemple celle de l'éloignement ou de la profondeur des corps situés soit dans le plan médian, soit à droite, soit à gauche. La vision stéréoscopique s'oppose donc à l'argument qui dirait, pour rétablir une corrélation

fondamentale et exclusive entre chaque co-être et chaque moitié *physiologique* du névraxe : « Chaque hémisphère voit et regarde la portion de l'espace qu'il touche et explore par ses autres centres. » D'ailleurs, chaque paire d'organes sensoriels, avec ses muscles et organes annexés, est commune aux deux co-êtres.

Quant au système sympathique, si important pour la genèse des sentiments et l'évolution des tendances, on sait que ses fibres, avant même de formes plexus pour innerver les organes auxquels elles sont destinées, même les organes pairs, s'envoient de nombreuses anastomoses transmédianes. Les plexus ganglionnaires situés à la surface et dans l'épaisseur des parois des viscères sont organisés de telle sorte que les réflexes dont ils sont le centre sont toujours diffus.

Asymétrie du névraxe. « Les deux individus qui forment l'homme ne sont égaux et semblables en rien. Les deux cerveaux, par exemple, sont inégaux en poids, inégalement distants de l'axe et leur topographie superficielle n'est pas strictement pareille » (p. 24 et 25). « Nous savons que... les deux co-êtres se différencient l'un de l'autre par le poids du cerveau et son relief topographique, par des différences organiques dans le poumon... et par le poids total de leur masse » (p. 95). Telles sont les différences, les seules, que l'auteur ait trouvées, et qui justifient à ses yeux la permanence de la bi-individualité et l'opposition des caractères psychiques. Il en a lui-même marqué la valeur en admettant le poumon dans sa brève nomenclature. Il a négligé de chercher la signification physiologique de ces différences, tout comme il en avait négligé l'origine phylogénique. (On peut voir sur ce sujet Wundt, 1902, I, p. 237 et p. 239 ; Cajal, 1906.)

C. Physiologie. - « La vie normale de l'être double résulte à la fois de la participation de chacun des deux individus à l'œuvre commune et de la *coordination* constante de chacune de ces deux activités... Il y aura anomalie lorsque la coordination entre les deux activités individuelles cessera d'être complète » (p. 23).

Cette coordination est ici une fonction nouvelle, tout autre que celle qu'envisage la physiologie classique, différente également de ce que l'Auteur appellera plus tard le « modus vivendi » des co-êtres: elle est en effet supérieure à ces derniers, les gouverne, leur préexiste, comme elle

préexiste au Moi : elle est la raison d'être de leur conjugaison. Elle n'a à son service aucun organe propre. Enfin lorsqu'elle est en souffrance dans les états pathologiques où se démasque la bi-individualité, elle continue à s'exercer partiellement dans les fonctions viscérales et plusieurs des fonctions de relation, telles que la phonation, la mimique etc. Or l'Auteur a négligé de limiter son domaine. « Il y aura, dit-il, anomalie lorsqu'un des deux individus réduira ou supprimera son concours » (p. 23). Pourtant on chercherait vainement dans son livre l'exposé des processus par lesquels un seul co-être arrive à prendre momentanément en main la direction de la vie d'ensemble. Quant aux manifestations unilatérales de la motricité, quoique la plupart d'entre elles impliquent la synergie des deux moitiés, il ne cherche pas à savoir comment cette synergie constante qui intéresse toute la vie de relation, peut s'allier avec l'indépendance de vie des deux co-êtres; il ne dit pas, non plus, comment cette coordination, qui porte, avons-nous vu, sur les fonctions de nutrition et les fonctions de relation s'accorde avec les tendances opposées qu'il attribue à chaque moitié et qui entretiennent entre celles-ci un continuel état de guerre.

Nous n'avons pas à répondre pour lui à toutes ces questions : ce serait refaire toute la physiologie, car la coordination, toute naturelle en cas d'unité, est au moins difficile à se représenter, sinon inexplicable, entre deux individus « conjugués » mais manifestant indépendamment l'un de l'autre, d'après le duplicisme, la meilleure part de leur activité.

D'ailleurs, que sont ces tendances ? Comment s'en faire une idée exacte puisqu'elles ne se manifestent jamais à l'état normal : chez l'adulte, en effet, gouverné par le « MOI supérieur », la conscience ne les connait pas. Chez l'enfant, avant l'apparition du moi, l'Auteur lui-même ne songerait pas à en voir un exemple dans l'incoordination primordiale et passagère des mouvements. S'exprimeraient-elles dans les modifications passagères du caractère et de la conduite de l'enfant, modifications comparables aux alternances que l'on observe chez l'adulte à l'état pathologique, et où l'Auteur voit une manifestation de la diversité des tendances ? Non, car il y aurait alors un

état prime et un état second analogues à ceux de l'hypnose, et c'est ce que l'on n'observe jamais.

Il ne serait cependant pas légitime de conclure de cela que les tendances n'existent pas chez l'enfant comme chez l'adulte, quoique « l'effort *en vue* de la coordination » caractérise, ainsi que le fait remarquer l'Auteur (p. 122), la période (de 3 à 18 mois) où s'organisent les fonctions de relation. Nous admettons provisoirement que la fonction mystérieuse de la coordination des deux individus, fonction innée, est conciliable avec les tendances et aptitudes opposées : nous prendrons ces deux dernières dans leur sens le plus général, faute de toute définition donnée par l'Auteur, et n'aurons plus qu'à examiner: 1° si les différences physiologiques normales entre les deux moitiés autorisent l'attribution d'aptitudes différentes et de tendances opposées; 2° si les conditions habituelles de la vie de l'individu et de la race expliquent la persistance de tendances opposées.

D'autre part, puisqu'il y a anomalie « quand l'un des deux individus réduit ou supprime son concours », et que chaque moitié est présente à tout acte et à toute sensation dans la mesure permise par son organisation, puisque chaque co-être « vit sur un fond de notions, d'habitudes, de règles de conduite antérieurement incorporées à sa mémoire » (p. 56), nous aurons à rechercher (3°) si, dans les conditions habituelles, chaque moitié peut acquérir des souvenirs qui lui soient propres, et dans quelles limites ces souvenirs peuvent différer de ceux de l'autre moitié.

1° Les seules différences physiologiques que l'on constate entre les deux moitiés sont : la prédominance de la force musculaire et une sensibilité un peu plus délicate dans le côté droit du corps. (Van Biervliet, 1900-1901) et la localisation des centres du langage dans l'hémisphère gauche. Y-a-t-il vraiment là des aptitudes différentes ? Est-il légitime de se baser sur cela pour avancer que « l'individu auquel appartient le cerveau gauche est probablement plus intellectuel » (p.) ? Remarquons d'abord que les deux hémisphères coopèrent presque toujours pour la lecture et l'audition des mots, et pour fournir les images ou idées évoquées par les signes vus ou en-

tendus. De plus, en l'absence de toute indication précise, quelle qualité attribuer au cerveau droit ? Dira-t-on que, « moins intellectuel », il est plus porté à l'action ? Non, puisque ses muscles sont précisément moins forts et surtout moins exercés que ceux du cerveau gauche. Plus étroitement soumis à ses « impulsions » ? Non, répondrait l'Auteur, car les deux cerveaux sont égaux devant leurs impulsions, auxquelles ils obéissent l'un et l'autre, tant que le Moi ou leurs raisons personnelles ne viennent pas les arrêter. Ce n'est pas à nous de proposer d'autres hypothèses, mais puisque chaque cerveau a sa vie psychologique propre, une vie à laquelle ne manquent que la « Raison supérieure et la volonté », puisque chacun d'eux peut avoir des qualités morales, l'un étant bon, par exemple, ou dirigeant la personne — en l'absence du Moi — quand celle-ci se montre bonne, l'autre étant mauvais (p. 45 et 46), il est évident que le cerveau droit a, tout comme l'autre, en supposant possible leur indépendance psychologique, des idées abstraites et des idées générales. Or, si l'on peut penser sans mots (Galton, Romanes, Ribot 1898), on ne le fait que rarement, et la vie psychique attribuée par l'Auteur aux co-êtres est infiniment plus étendue et plus complexe que la simple logique des images. On ne peut avoir présents à l'esprit des concepts abstraits ou généraux sans avoir en même temps dans la conscience les termes qui les expriment directement ou par métaphore. Le raisonnement proprement dit, inductif ou déductif, que l'Auteur octroie aussi aux co-êtres, est également impossible sans l'afflux et l'intégration rapide des images d'un grand nombre de mots. Puis, donc, que le cerveau droit a à sa disposition tous les matériaux du langage, comment le langage peut-il être une source de différences entre les deux co-êtres? Je ne demanderai pas comment il se fait que le cerveau droit soit moins intellectuel, car je laisse à l'Auteur l'éclaircissement de cette épithète irréfléchie. D'autre part, si, dans les actes les plus élevés de la vie psychique des co-êtres, la « coordination » admise, mais inexpliquée, intervient encore, si, là encore, la synergie est constante, que devient leur indépendance, où se placent leurs vies propres ?

Le substrat physiologique des différences d'aptitudes

et de tendances n'a donc pas plus de valeur que leur substrat anatomique.

2° Admettons pourtant, puisqu'il le faut pour de si bonnes raisons (persistance du duplicisme, existence de la liberté) de multiples tendances et aptitudes originellement différentes. Voici deux co-êtres qui partagent avec la plus parfaite équité l'air et la nourriture, souffrent des mêmes humeurs et des mêmes besoins, ont ensemble des périodes d'épuisement et d'activité, de santé et de maladie ; non contents de désirer, posséder, interchanger (more canino ; more paterno) et abandonner à la fois leurs respectives demi-maîtresses, sans même songer à soulever à l'ocasion la question de la paternité, ils vont jusqu'à se prêter obligeamment leurs organes : « On peut vivre avec un seul rein », remarque l'Auteur de la préface (p. XII), tout en notant que cette faculté, latente à l'état normal, ne peut guère être prise pour indice d'une sûre entente nutritionnelle des deux co êtres : en un mot, *le milieu intérieur*, *la cénesthésie* sont constamment identiques pour les deux moitiés ; le milieu extérieur l'est presque toujours : milieux et cénesthésie l'étaient depuis les époques géologiques, et les tendances et aptitudes persistent à être différentes : « non seulement l'aspect dupliste a subsisté ; mais il ne semble pas qu'il soit même en voie de s'atténuer » (p. 95) !

A l'identité de la cénesthésie on pourrait rattacher celle des sentiments, mais il vaut mieux considérer ceux-ci avec les sensations, à propos des acquisitions de chaque co-être.

Quant à cette synergie qui dépasse de beaucoup la coordination envisagée par l'Auteur, qui pénètre, avons-nous vu, tous les actes de la vie psychique, toutes les manifestations des fonctions de relation (courants simultanés d'actionnement et d'inhibition), cette synergie, bien plus constante que celle qui crée une ressemblance morale et jusqu'à une certaine ressemblance physique entre les époux unis depuis longtemps, ne serait-elle pas capable à elle seule d'abolir les différences originelles? lorsqu'une cause accidentelle immobilise la main droite, la main gauche, chargée d'une plus grande somme de travail, n'acquiert-elle pas rapidement une force et une habileté, jusqu'alors inconnues d'elle, mais qu'elle perdra bientôt si les anciennes conditions se rétablissent ?

On sait que, dans les mouvements unilatéraux, l'asynergie n'est

jamais absolue ; que, pour les mouvements bilatéraux dyssymétriques (tête, yeux, mouvements de la marche, etc.), il existe des centres de coordination spécialement chargés d'assurer la synergie des deux moitiés et dont l'hypnose respecte toujours l'activité, l'hypnose qui, pour l'Auteur, dissocierait les deux moitiés ; la synergie est une condition fondementale de vie, je parle de la synergie constatée par l'observation, tandis que la coordination inexpliquée de l'Auteur peut être, d'après lui, enrayée sans que la mort s'en suive. Les équivalents psychiques des mouvements coordonnés (marche, actes techniques, etc.) deviennent vite indissociables; l'esprit les évoque en bloc sans y voir la part de chaque moitié du corps. Par la facilité et le caractère souvent inconscient de leur jeu, ils ressemblent aux tendances, aux impulsions. Quand de tels mouvements sont exécutés, dira-t-on que leur simplicité représentative les laisse indifféremment à la disposition des deux co-êtres, que ceux-ci s'en servent quand ils veulent ? Alors, encore une fois, que devient ce continuel état de guerre auquel l'Auteur fait si souvent allusion et qui implique et explique les tendances opposées ? Quelle place celles-ci trouvent-elles dans la vie normale pour y subsister en silence, et, ce ménage des co-êtres, si uni dans son foyer, si exemplaire en public, où se cache-t-il pour manifester et entretenir tant d'aigreur ?

3° « Chaque co-être est susceptible ... de percevoir l'idée des objets et de ressentir des sensations très complexes ... de saisir les rapports qui unissent les objets entre eux, les idées entre elles ou avec les objets, enfin les idées, sensations et objets avec le sujet même... Il vit sur un fond de notions, d'habitudes.... antérieurement incorporées à sa mémoire, comme le sont les images, les objets, les sensations ressenties et les mots qui représentent ces idées et ces sensations » (p. 56).

Il existe en effet des preuves de l'existence dans chaque hémisphère d'associations histologiques servant de base à des souvenirs et capables de se manifester séparément. Telles sont les *agnosies* unilatérales, et notamment l'astéréognosie, d'une main, par exemple, dues à une lésion en foyer d'un hémisphère. Mais, quelle que soit leur importance pour la connaissance, ces groupements ne portent que sur un ordre restreint de sensations et, outre que, sauf ceux des images visuelles et auditives des mots, ils sont probablement semblables dans les deux hémisphères (v. p. 216), leur valeur affective est nulle : ils sont inertes ; rien en eux ne pousse au mouvement : ce sont de simples

documents, à eux seuls insuffisants pour la perceptio[n] des rapports indirects, objet d'un raisonnement propr[e]ment dit.

Suivons maintenant les *sensations*, les sentiments, l[es] idées, bref, tout ce que peut contenir la mémoire, po[ur] faire la part des éléments communs aux deux moitiés [et] de ceux qui peuvent être propres à chacune.

On a vu grâce à quelle fondamentale erreur anatomique l'Au[]teur considère chaque moitié anatomique du névraxe comme pré[si]dant à la vie psychique de la moitié opposée du corps. Nous [ne] reviendrons pas sur les sensations visuelles déjà trop longuemen[t] envisagées à propos des voies et centres optiques.

Les sensations gustatives et olfactives unilatérales sont extr[ê]mement rares. Il en est à peu près de même pour les sensations au[]ditives, qui, du reste, mieux encore que les sensations visuelle[s] mettent en jeu les deux hémisphères, lors même qu'une oreille e[st] seule affectée. De plus, celles qui sont psychiquement les plus im[]portantes, celles que donne le langage articulé, emmagasinen[t] leurs résidus dans l'hémisphère gauche à côté des images verbale[s] visuelles. On sait, d'autre part, que tout ébranlement sensori[el] met forcément en jeu les deux hémisphères.

Parmi les sensations données par la *peau* et les *muqueuses*, beau[]coup naissent à l'occasion de mouvements coordonnés et entren[t] par là dans des groupes mnémoniques indissociables ; beaucou[p] de celles-ci et d'autres encore entrent dans des complexu[s] psychiques où les deux côtés du corps ne sont pas opposés. Presqu[e] toutes les sensations, si importantes comme repères mnémonique[s], dues à l'action directe du milieu extérieur (température, pressio[n]) se joignent indissolublement à des souvenirs cénesthésiques et sont identiques pour les deux côtés. Les sensations nées de l'effort, capitales pour la genèse de la notion de résistance et dans l'oppo[si]tion du non-moi au moi sont identiques quel que soit le côté qu[i] agisse sur le milieu extérieur, et même uniques et communes aux deux côtés, tant par leur origine que par leurs effets psychiques et leur place dans la mémoire. Il en est de même pour la plupart des élé[]ments affectifs de chaque sensation, même lorsque ces éléments ne sont pas déjà réveillés par l'évocation d'une sensation antérieure. Enfin, certaines des sensations tactiles liées aux « appétits » les plus élémentaires des co-êtres, celles que fournit le revêtement des organes génitaux et dont le rôle psychique est de toute importance, sont toujours, sous tous les rapports, identiques pour les deux côtés.

D'un autre côté, les ébranlements venus des organes des sens spéciaux ne sont pas seuls à intéresser les deux hémisphères ; toute

sensation tactile ou thermique est conduite par des fibres abandonnant des collatérales à des centres gris qui en reçoivent aussi, directement ou indirectement, des fibres homologues du côté opposé : quand un nouvel ébranlement passera par ce dernier côté, il éveillera, pour s'en charger et en être modifié plus ou moins, des résidus laissés par les ébranlements venus de l'autre côté du corps. Déjà multiples dans la moelle, ces connexions entre les diverses voies sensitives et les noyaux qui en dépendent deviennent encore plus nombreuses et plus complexes dans le cerveau postérieur et le cerveau moyen, si bien que les ébranlements qui arrivent au diencéphale sont des complexus où l'ébranlement principal ne fait que prédominer sur les résidus laissés par ses prédécesseurs venus de l'un et de l'autre côté. Cette fusion paraît même nécessaire à la création des signes locaux quels qu'ils soient, comme elle l'est à la formation, grâce à la répétition qui élimine les extrêmes, des centres corticaux physiologiques. Les sensations les plus simples sont d'abord vagues ; ce n'est que grâce à leur répétition, produite dans des circonstances forcément différentes, que l'enfant les localise par rapport à son plan médian, à la surface de son corps, comme dans le milieu externe, puis passe progressivement à des localisations plus fines.

Admettons pourtant que, pour les sensations tactiles, la part du côté non impressionné soit absolument négligeable ; on sait, par contre, que, non seulement pour la *perception*, mais bien moins encore, pour la simple reconnaissance, il faut souvent que la sensation s'associe à des sensations visuelles, auditives, à des complexus ayant cette double base, et impliquant, quelle que soit leur importance, la collaboration passée et présente des deux hémisphères.

Les sensations les plus facilement évoquées par la mémoire sont celles dont la *teinte affective* était le plus accusée; ce sont aussi celles dont le souvenir est le plus vivace et qui ont le plus d'importance dans la vie active. Or, le caractère affectif est dénué par essence de toute particularité locale : c'est par abus de langage qu'on parle de localisation de la douleur: ce serait par un abus semblable qu'on parlerait de la localisation du plaisir que donne, par exemple, la rencontre d'un corps tiède par la main engourdie par le froid. La teinte affective des états neutres en eux-mêmes, due au réveil d'un souvenir, est également la propriété de l'organisme tout entier.

D'autre part, c'est par leur teinte affective que les sensations sont ordinairement le point de départ d'une réaction, soit « volontaire » et précise (dans ce cas il se peut qu'un seul côté agisse, mais les deux ont participé à la genèse de l'acte), soit spontanée et alors locale ou généralisée; dans ce dernier cas, celui des émotions, le plus fréquent et le plus important pour ses conséquences psycholo-

giques ultérieures, l'organisme entier est intéressé et les deux hémisphères marquent encore chacun le même nombre de points : que l'on considère en effet la réaction viscérale comme primitive (James, Lange) ou secondaire au sentiment, quel que soit le point de départ, uni- ou bilatéral, de l'élément dit intellectuel, souvent ici très faible et même négligeable, la réaction viscérale, inconnue dans ses détails, forme un tout indivisible et commun aux deux moitiés, dans sa représentation comme dans ses effets ; l'indépendance très relative des vaso-moteurs des deux côtés du corps n'est que très rarement mise en jeu dans l'émotion. Les réactions vaso-motrices ne sont d'ailleurs qu'un facteur de second ordre, si on les compare aux modifications des contractions du cœur, du rythme respiratoire et de l'action des divers muscles du larynx, du tube digestif, etc.

A la base de toute tendance est un sentiment : on voit donc, non seulement combien, jusqu'à présent, le bagage psychologique des co-êtres diffère peu de l'un à l'autre, mais aussi combien invraisemblable est la diversité des tendances que l'Auteur leur prête : la tendance, l'impulsion, serait telle, en effet, chez eux, qu'ils agiraient dès que les circonstances le permettent, c'est-à-dire après des ébranlements ne contenant qu'un minime élément de connaissance: cela restreindrait encore leurs chances de diversité, s'ils pouvaient en avoir.

Revenons aux acquisitions. Chaque moitié aurait ses *idées* propres ; cela aurait du moins demandé à être prouvé, car il est vraisemblable d'après plusieurs passages qu'il ne s'agit par de simples idées-images, mais d'idées quelconques, abstraites ou concrètes, particulières ou générales, d'idées symbolisant des jugements et des raisonnements. Or ici le cas est tout autre que pour les complexus dont l'altération cause les agnosies; il ne s'agit plus de résidus emmagasinés et rendus tels quels par la mémoire, mais de processus, d'*actes* que l'esprit reproduit instantanément quand quelque chose en est évoqué. Ils échappent par là à une localisation quelconque, quoique certaines lésions puissent rendre impossibles les opérations dont ils résultent. Nous avons déjà parlé, à propos des tendances, de la nécessité de l'intervention du cerveau gauche pour les idées abstraites et générales, qui n'ont guère d'autre image maniable et commode que celle du mot qui les exprime et qui n'en ont pas de plus fixe ni de plus solide. Peut-on en conclure que les opérations complexes de l'entendement se passent nécessairement dans le cerveau gauche, le droit n'intervenant qu'indirectement, par les souvenirs évoqués ? Cela serait au moins prématuré. Mais s'il est franchement illogique d'attribuer à chaque hémisphère des idées préformées, qui, pour le psychologue, ne sont que des suites de mots, et siègent par conséquent à gauche, il l'est bien plus en-

core d'attribuer à chacun la faculté de forger des idées et de les travailler indépendamment de son congénère.

Considérons pour finir *les notions d'espace et de durée* et admettons avec l'Auteur que les deux co-êtres sont présents à toutes les actions du non-moi sur le moi et réciproquement ; on se rappelle qu'il y a anomalie « quand un des deux individus réduit ou supprime son concours », et l'on sait que leur présence ou prédominance alternative se traduit par l'apparition de deux séries d'états de conscience. Il est évident, d'autre part, que la synthèse de sensations ou d'états de conscience qui implique les formes de temps et d'espace et constitue les notions de durée et d'étendue ne peut pas être l'effet du moi conscient.

Si donc les sensations s'unissaient en deux séries distinctes, chaque co-être aurait sa notion spéciale de la durée, notion qui pourrait être distincte de celle de l'autre : laquelle choisirait le moi, ou comment rétablirait-il l'accord ? Si, au contraire, la notion de durée est toujours identique pour les deux co-êtres, c'est que chacun non seulement participe aux sensations et actes de l'autre, mais encore connaît ses états de conscience primitivement et à mesure qu'ils se succèdent ; nous verrons plus loin ce qu'on peut penser de ces deux consciences contiguës, mais, dans la seconde hypothèse, que devient l'indépendance ? Tomberions-nous encore ici dans ce domaine de la « coordination » dont les limites ont été laissées si vagues ?

Il en est de même pour la notion d'étendue, dont les constituants les premiers dans l'ordre chronologique et les plus importants sont fournis par les actes synergiques des deux moitiés : on peut admettre que cette notion, formée en commun (par les organes du tact et du mouvement, les yeux et leurs muscles)est ensuite utilisée par chacun ; ce serait un simple effet de la coordination primordiale admise par l'Auteur, la forme espace existant congénitalement chez chacun. Mais il n'en est pas moins vrai que, dans la plupart des cas, l'estimation ou la simple notion vague de la profondeur, de la distance à l'objet, de l'étendue, nécessite et implique l'intégration primordiale et spontanée des sensations des deux hémisphères. Or il est impossible de dissocier ces sensations du reste du contenu de l'état de conscience, et, d'autre part, l'idée d'étendue intervient, plus ou moins nette, dans la plupart de nos pensées, sous des formes diverses : nouvelle communauté, nouvelle dépendance réciproque à enregistrer. « Chaque fonction psychophysique arrivant à notre observation, dit Wundt (1902, I, p. 229), est déjà en soi une fonction centralisée, c'est-à-dire une collaboration synergique de plusieurs fonctions périphériques. Nous ne savons pas et ne saurons jamais quelle est la contribution particulière de l'oreille ou de la rétine dans la formation de nos perceptions, parce que les fonctions de ces deux organes, comme celles de tous les au-

tres, ne sont accessibles à notre observation qu'à l'état centralisé, c'est-à-dire unies à d'autres fonctions. »

La revue générale déjà indiquée sur les fonctions motrices (Grasset, 1905) bilatérales des hémisphères contient la plupart des indications essentielles sur ce sujet. Mais nous croyons utile d'insister ici, à propos des centres à action unilatérale, sur ce fait que ces centres, les seuls qui par eux-mêmes ne constituent pas une objection au duplicisme sont les plus récents phylogéniquement, contrairement à ce qu'implique cette théorie. Chez les Mammifères inférieurs, et souvent même chez le chien et quelques singes (Brown — Séquard, 1882), leur excitation, précédée ou non d'une hémisection d'un côté quelconque de la moelle, est le plus souvent suivie de mouvements bilatéraux ; ces derniers, chose curieuse, portent tantôt sur les deux membres antérieurs ou postérieurs, tantôt sur l'un quelconque des bipèdes diagonaux, comme si le groupe des deux mouvements synchrones de la marche avait une représentation unique dans différents centres. Ces expériences démontrent par une autre voie la synergie primordiale des deux moitiés du névraxe ; c'est par l'inhibition ou la dynamogénie, et par l'exaltation ou la diminution de la sensibilité dans une moitié du corps, que sont créées les variétés symptomatiques qui suivent soit les hémisections, soit certaines excitations centrales.

Quant aux centres plus spécialement affectés à la sensibilité générale ou spéciale, outre les «centres de perception» qui sont ceux dont il a été déjà question (calcarines, T^1 et T^2 etc.), il existe des «centres de souvenir» (Wilbrand)(Merkcentra de Cajal, 1906) que certains auteurs, Cajal entre autres, distinguent encore en primaires et secondaires (voir les arguments de cet auteur, 1906, p. 53). Les uns et les autres sont considérés comme unilatéraux : « Tous les centres de souvenir ou centres commémoratifs connus sont unilatéraux (aphasie, cécité verbale, surdité verbale).... Il serait étonnant que l'image optique ou acoustique d'une lettre ou d'un mot fût localisée exclusivement dans un hémisphère et que l'image de souvenir d'un son ou d'une figure géométrique existât dans des champs symétriques des deux hémisphères.... Donc, les centres commémoratifs d'un côté, bien qu'homologues de ceux de l'autre côté à l'égard de la fonction générale, ne renferment pas les mêmes représentations... D'où augmentation de la « capacité » du cerveau et réunion dans des régions voisines d'un même côté d'acquisitions diverses se rapportant à un même objet extérieur et nécessitant ainsi des voies d'union courtes et nombreuses ».

Enfin, chaque centre de souvenir primaire et secondaire est uni aux centres perceptifs et commémoratifs des deux côtés (p. 56) par des voies, qui pour la plupart sont formées de fibres de direction contraire. D'après Tanzi (1901), les hallucinations ont leur origine dans un centre de souvenir duquel part l'excitation qui met

en branle les deux centres de perception. Si, par exemple, une hallucination de la vue naissait dans un des territoires calcariniens, elle serait hémiopique.

Quant aux centres de perception, le principe de l' « unité d'impression ou de sensation », défendu aussi par Cajal est également contraire à l'essence du duplicisme. On remarquera à ce propos que cette théorie ne pourrait pas s'appuyer sur la diversité des acquisitions de chaque hémisphère pour expliquer la persistance de l'opposition des aptitudes et tendances des co-êtres : ces résidus que Cajal suppose avec raison différer d'un côté à l'autre concernent des associations ou souvenirs élémentaires, essentiellement simples, si simples que, comme les images verbales ou visuelles des mots, ils entrent forcément comme composants dans les actes les moins compliqués de l'entendement, et sont toujours donnés par la mémoire conjointement avec des souvenirs élémentaires emmagasinés dans le côté opposé. Du reste le principe de l'unité d'impression met encore mieux en évidence la nécessité de la synergie ; dans les cas où l'impression périphérique a un caractère spatial, « chaque fibre sensorielle conduisant un signe spatial se termine d'un seul côté du cerveau..; les fibres [continuant physiologiquement les fibres] nées en des points identiques des deux rétines se terminent dans un seul groupe de pyramidales isodynamiques. L'unité de la rétine cérébrale corrige la dualité de l'impression centrale. La dualité de l'image quand les axes sont déplacés tient à ce que les points rétiniens identiques correspondent, non plus à un seul, mais à deux groupes de pyramidales isodynamiques. » Pour les sens non spatiaux, l'impression est purement qualitative et affecte simultanément les deux hémisphères : son intensité est ainsi augmentée. Quant à son unité, elle est d'après Cajal, assurée par ce double fait que des groupes isodynamiques de cellules (affectées à la même qualité) sont répartis dans les deux moitiés du cerveau : — que chaque fibre sensorielle afférente se divise en un rameau direct pour le groupe cellulaire homomère et un rameau indirect pour le groupe hétéromère.

En un mot, la structure du système nerveux est telle que tout ce qui lui arrive, tout ce qu'il fait, se trouve intégré en fonction des deux moitiés. En le suivant du bas au sommet de la série des Artiozoaires, on voit que sa complexité croissante a pour but de défendre l'organisme, non pas contre une dualité fictive, dont la seule expression serait la symétrie bilatérale, mais contre la multiplicité et la complexité croissantes des fonctions et de leurs organes. Il y obvie par la division du travail,

poussée à un tel point qu'aucune de ses parties n'a exactement les mêmes fonctions qu'une autre. Les deux lobules paracentraux se partagent l'innervation directrice de la marche, comme les deux calcarines se partagent le champ visuel. Dans l'encéphale, les suppléances après déficit, hétéromères ou homomères, sont différentes de celles des autres organes : elles ne sont pas immédiates et spontanées, car elles ne consistent pas en une simple augmentation de la tâche de la partie suppléante : elles s'établissent lentement et progressivement, car elles nécessitent un remaniement des résidus préexistants et la création de nouveaux résidus par les ébranlements arrivés au centre suppléant par des voies déterminées. Mais si le déficit est précoce, par exemple antérieur à la naissance, s'il y a agénésie, il n'est pas nécessaire que *s'établisse* une suppléance proprement dite et la lésion peut passer inaperçue : agénésies partielles du cervelet, vastes porencéphalies détruisant la presque totalité d'un hémisphère : on a vu qu'un co-être peut vivre sans rein (p. XII) ; il n'est pas sans intérêt de constater qu'il peut aussi vivre sans cerveau, sans même que ses caractères psychologiques propres paraissent sensiblement altérés. L'absence d'un hémisphère a été souvent objectée aux théories parentes de celles que nous combattons (Cotard. etc.). Dans certains cas, quoique le déficit unilatéral ne soit pas total, ne porte, par exemple, que sur les zones motrices et les centres du langage, la suppléance par l'autre hémisphère, ne peut être mise en doute. Tels sont les cas où manquent dans le pédoncule et la moelle les fibres (la voie pyramidale notamment) provenant du côté malade du cerveau et du côté correspondant (croisé) du cerveau moyen et du pont.

Une observation d'Ugolitti (1905) est à ce point de vue tout à fait caractéristique. Dans ce cas, et dans beaucoup d'autres où le déficit était encore plus considérable, un seul hémisphère a donc pourvu à la vie organique et psychique de deux co-êtres, et cela, d'une facon telle que, malgré son étendue, la lésion resta et reste souvent latente.

Le duplicisme est contraire à toutes les données des

sciences biologiques. Basé sur une interprétation simpliste et manifestement erronée de la symétrie bilatérale, il est contredit par l'évolution phylogénique et ontogénique des Artiozoaires ; la « dualité d'origine », la situation du premier plan de segmentation ne prouvent rien en sa faveur ; les expériences de tératogénie lui sont nettement opposées. Il ne donne aucune explication satisfaisante de l'unicité originelle de certains organes, ni de l'unicité acquise et asymétrique de certains autres. Il ne tient pas compte des connexions bilatérales motrices et sensitivo-sensorielles de chaque moitié du système nerveux et serait incapable d'expliquer les entrecroisements partiels ou totaux des voies de conduction, et les variétés que présentent ces entrecroisements dans la série des Vertébrés.

Au point de vue physiologique, il suppose une nouvelle fonction qui aurait en elle-même sa raison d'être : la coordination de deux individus et de deux individus seulement ; il n'explique pas la facilité des suppléances viscérales et néglige la synergie nécessaire de la plupart des organes pairs de la vie de relation ; il n'explique pas la persistance d'aptitudes et tendances différentes chez les co-êtres, persistance en contradiction avec la communauté forcée du milieu intérieur, du milieu extérieur le plus souvent, et de toute la vie affective. Il est en contradiction absolue avec la synergie nécessaire des deux moitiés du système nerveux, et notamment des hémisphères, pour la formation *des éléments* de la vie psychique, puis pour les actes *psychiques* les plus élémentaires ou les plus compliqués, synergie telle que les manifestations connues de l'activité d'un seul hémisphère, ou plutôt de sa prédominance, sont toujours accompagnées, si elles sont conscientes, de la collaboration de l'autre hémisphère ; il est en contradiction avec l'unité ou unilatéralité de tous les centres de perception afférant aux sens spatiaux et avec l'unité ou unilatéralité de tous les centres de souvenir primaires et secondaires, ainsi qu'avec l'existence des nombreuses fibres du corps calleux et des deux commissures blanches réunissant des points hétérotopiques. Tous ces faits font que les concessions faites autrefois par Ribot et d'autres philosophes sur l'indépendance possible des

hémisphères cérébraux ne sont plus admissibles aujourd'hui, du moins pour les circonstances envisagées par ces auteurs et par le duplicisme, c'est-à-dire pour le fonctionnement à équivalent psychique complexe. Le duplicisme est en désaccord avec la psychologie comparée et avec l'évolution anatomique et physiologique du système nerveux et surtout du cerveau dans la série des Vertébrés. Il est enfin incapable d'expliquer les nombreux cas connus d'hémiatrophie cérébrale ou de vaste porencéphalie unilatérale demeurés latents pendant toute une vie qui dépassa souvent l'âge adulte. Bref, en but à toutes les objections faites aux théories antérieures à lui et qui ne supposaient que l'indépendance fonctionnelle, temporaire ou permanente, des hémisphères cérébraux, il l'est, en outre, à toutes celles qui visent la duplicité qu'il attribue à l'organisme entier de tout Artiozoaire.

(*A suivre.*)

LÉGISLATION

La revision de la loi du 30 juin 1838.

Examen critique de la nouvelle loi sur le régime des aliénés

(*Suite et fin.*)

PAR LE Dr V. BOURDIN
Médecin en chef de l'Asile du Mans (Sarthe).

SECTION III. — *Des condamnés reconnus aliénés ; des aliénés dits criminels.*

Cette section est l'une des plus intéressantes ; elle comblera une grave lacune de la loi de 1838. — L'art. 35 prescrit, que les condamnés reconnus épileptiques ou aliénés en cours de peine seront sur rapport d'un spécialiste, placés dans un *asile de sûreté*, s'ils sont condamnés à des peines afflictives ou infamantes ou à plus d'un an de

(1) Voir le n° de février.

prison ; à l'asile départemental, ils sont une moindre peine.

Je me permettrai deux observations sur cet article, dont le principe ne mérite que des éloges. La première est que le spécialiste devra être désigné par le préfet : je préférerais qu'il fût spécifié que ce serait l'un des médecins de l'asile, par rang d'ancienneté de services autant que possible ; à leur défaut, un médecin de maison de santé ou d'un asile départemental voisin, ce qui se justifie dans certains cas. On éviterait ainsi le danger que ces condamnés soient examinés par de soi-disant spécialistes qui ne manquent pas dans certaines villes, et envoyés à l'asile où le médecin traitant ne pourra que demander leur renvoi s'il ne les juge pas aliénés. Du reste, pour se prononcer en connaissance de cause, il n'aura plus les éléments d'information (dossier judiciaire, enquête officieuse, audition de témoins, etc.), dont dispose l'expert. Il serait bon aussi que le mode du règlement des honoraires de cet expert administratif soit déterminé.

La seconde observation porte sur la sélection des aliénés condamnés ; les uns seront envoyés à l'asile, les autres au quartier de sûreté uniquement en raison du degré de leur peine. — On s'explique mal ce dispositif : si l'individu est reconnu aliéné en cours de détention, il faut bien supposer qu'il était déjà, sinon fou, du moins déséquilibré, prédisposé, au moment de la condamnation. Il avait une tare cérébrale qui a été méconnue et qui était de nature à faire modifier le jugement : est-il juste de n'en pas tenir compte au condamné lorsque son état morbide a été découvert ? — J'estime que tout condamné reconnu aliéné devrait être dirigé sur l'asile ordinaire ; ce sera au médecin traitant à demander l'évacuation sur le quartier de sûreté, lorsqu'il lui sera démontré que le criminel est un objet de [illegible] danger à l'asile.

Le même art. [illegible] les prisons. [illegible] pourrait être [illegible] decins [illegible] veut pas que [illegible] dans son département.

L'art. [illegible]

pour cause d'aliénation ; cet article est long et la rédaction un peu obscure. Il gagnerait d'ailleurs à être complètement refondu.

Avant d'être déclaré irresponsable comme aliéné reconnu, l'inculpé a été *présumé* aliéné ; il est nécessaire que la loi décide ce qui devra être fait quand il y a présomption de folie. Actuellement, en pareil cas, le magistrat instructeur réclame une expertise, mais il n'y est pas tenu, et parfois il n'en voit pas la nécessité ou refuse de l'admettre en raison même de la nature du crime. La faculté de solliciter l'expertise appartient aussi, en pratique, à l'avocat ; cette expertise, si justifiée soit-elle, est souvent refusée, au grand dam de l'inculpé. — Un texte précis devrait figurer dans la loi, dans le genre de celui-ci : « Toutes les fois que chez un inculpé, prévenu ou accusé, il y a présomption d'aliénation mentale, soit en raison de ses antécédents héréditaires ou personnels, soit d'après la nature même ou les circonstances de l'acte commis, une expertise médicale sera ordonnée. La défense aura qualité pour solliciter cette expertise. »

On s'étonne encore de ne rencontrer dans la loi aucun article visant la responsabilité dite atténuée ou mitigée. On s'était déjà plaint que la responsabilité restreinte ne soit pas reconnue par la loi, d'où les divergences de vues à ce sujet entre médecins. Il est certain que si la diminution de responsabilité doit entraîner une réduction de peine dans tous les cas, et même souvent l'acquittement, elle constitue un non-sens, et, comme on l'a dit, signifie : danger social augmenté. Je crois, quant à moi, qu'un individu à responsabilité atténuée, souvent plus redoutable qu'un aliéné, doit être considéré dans tous les cas comme un malade, et, par suite, être admis à l'asile, d'où il pourra être, si besoin s'en révèle ultérieurement, envoyé au quartier de sûreté. S'il vient à guérir, ou au moins à cesser d'être dangereux, car, par définition même, il n'est pas un pur impulsif et est susceptible d'amendement moral, — il sera remis en liberté.

Dans la discussion qui a surgi sur l'art. 36, un député a mentionné la possibilité d'un désaccord entre le juge d'instruction et le tribunal : il y en aura bien d'autres, mais ce qui m'a surpris, c'est la déclaration du rappor-

teur affirmant que le différend sera tranché par le médecin. Comme je l'ai déjà dit, le médecin ne fait qu'émettre un avis qui n'enchaîne pas le juge ; du reste, cet avis, il l'a donné au magistrat instructeur, et, s'il y a divergences d'opinion entre celui-ci et le tribunal, c'est bien que l'avis de l'expert n'a pas été admis.

Une bizarrerie de cet art. 36 est de renvoyer devant le tribunal un inculpé déclaré irresponsable : nous médecins, lorsque nous sommes en présence d'un aliéné criminel, nous nous efforçons toujours de lui éviter une comparution devant les tribunaux. Celle-ci d'ailleurs n'est d'aucune utilité, à moins que la Cour ne prétende se rendre compte par elle-même de l'état mental du prévenu : dès lors, à quoi aura servi l'expertise ? En réalité, si un jugement ou une ordonnance de non-lieu a déjà proclamé l'irresponsabilité du prévenu, après expertise, qu'est-il besoin d'un nouveau jugement ?

Mais l'art. 36 va plus loin : ce second jugement devra être précédé d'une nouvelle expertise qui sera contradictoire. Que de complications, et que de frais ! Et puis, l'expertise contradictoire est un mythe ; en fait, elle n'existe pas. Ou le diagnostic de l'aliénation s'impose, et il n'y a pas lieu à discussion ; ou le cas est douteux, et alors, l'opinion d'un des médecins, jugé plus compétent par ses collègues ou jouissant de plus d'autorité auprès d'eux, va prévaloir d'emblée, ou il y aura discussion. En telle occurrence, les médecins se mettront bien d'accord sans doute, mais en se faisant des concessions mutuelles sur le dos de dame Vérité.

L'article 37, auquel j'arrive maintenant, institue une procédure d'assises toute neuve : c'est le jury qui, dans tous les cas, sera appelé à prononcer sur la question de responsabilité de l'accusé ! – D'où lui vient cette compétence ? Et s'il déclare responsable, ce qui arrivera souvent, un aliéné en raison de l'horreur de son forfait, malgré tout ce que pourra dire le médecin, cet aliéné sera-t-il condamné ? Oui, d'après la loi, mais pour la forme sans doute, car, quelques jours après, lorsque les journaux ne parleront plus de l'affaire, le médecin de la maison d'arrêt aura beau jeu pour établir un certificat constatant la folie. Et la procédure applicable aux criminels devenus

aliénés (art. 35) va entrer en ligne : nouvelle expertise par conséquent, et nouveaux frais. Les formes actuelles sont plus simples,et par suite me paraissent préférables.

Les art. 38 et 39 sont ceux qui traitent de la question des asiles ou quartiers spéciaux, dits de sûreté, pour aliénés criminels. La question est de celles qui ont été le plus débattues dans les Congrès psychiatriques,en France ou à l'étranger. Je rappelle seulement que les opinions peuvent se ramener à trois : 1° les partisans de ces asiles spéciaux ; 2° les auteurs comme le rédacteur en chef de ce journal, qui n'en voient en aucun cas le besoin ; et 3° ceux qui demandent que ces asiles soient destinés aux aliénés dangereux, criminels ou non, qui n'ont pu être conservés dans les asiles ordinaires. J'ai moi-même émis l'idée que ces asiles soient construits, sur un type spécial,hors de la métropole, dans quelqu'une de nos lointaines colonies. La loi met la construction de ces asiles de sûreté au compte de l'Etat mais n'exige pas qu'ils soient sur le sol même de la France : ils pourront donc être bâtis, sinon tous,au moins quelques-uns,dans les colonies où l'on pourrait concéder aux aliénés de ce genre une certaine liberté.

L'art. 40 prévoit la sortie de ces criminels aliénés, mais il faudra que le médecin certifie qu'il n'y aucun risque de rechute. Comme on l'a dit à la Chambre, il est à supposer que jamais le médecin ne voudra encourir une telle responsabilité, et dès lors l'article est destiné à rester lettre morte. Une pareille pratique n'a rien de médical, et si les malades placés dans les asiles de sûreté n'en doivent jamais sortir, je demande qu'aucun médecin ne soit attaché à ces établissements : des gardes-chiourmes suffiront.

Cependant voici un individu à responsabilité incomplète,atténuée,sinon nulle,sur le compte duquel les médecins auront discuté aux Assises ; le jury admet l'irresponsabilité totale. Il est envoyé à l'asile de sûreté, mais ce malade alcoolique, hystérique, épileptique même, va s'améliorer ou guérir totalement ; il a toujours compris la gravité de son acte, l'a regretté dès les assises et après guérison il en sent mieux encore toute l'horreur.

Doit-on l'interner à vie? La loi le voudra ainsi, car ce taré, ce prédisposé à responsabilité atténuée plutôt que nulle, sera toujours en imminence de rechute et le médecin ne pourra garantir sa guérison absolue.

En ce qui me concerne, autant je suis hostile à l'intervention du pouvoir judiciaire, dans le placement des aliénés volontaires, autant j'en suis partisan lorsqu'il s'agit d'aliénés criminels : c'est la justice qui doit faire entrer à l'asile ces malades, sur avis d'un médecin, c'est elle qui doit les faire sortir, encore sur avis médical, mais en tenant compte des actes qui leur ont été imputés. Il ne doit pas y avoir impossibilité légale de sortie.

SECTION IV. — *Sorties définitives ; sorties provisoires ; évasions.*

Les sorties, définitives ou provisoires, font l'objet des art. 41 à 44. Les sorties provisoires, ce sont les sorties d'essai, dont tous avons été ou sommes encore partisans. Plusieurs d'entre nous ont obtenu, sous le régime actuel de la loi de 38, une règlementation administrative de cette pratique des sorties provisoires. La mesure m'avait longtemps paru merveilleuse, l'expérience m'en a fait rabattre; outre les complications administratives qu'elles entraînent, et qui font le désespoir des comptables, je n'en vois guère aujourd'hui la nécessité. Elles ne peuvent convenir qu'à des malades améliorés ; or les parents qui désirent retirer un des leurs ne manquent jamais de le trouver parfaitement rétabli, et du reste ils prennent la responsabilité -- purement morale et sans risque -- de tout ce qu'il pourra faire au-dehors ; ils s'engagent enfin à le ramener s'il voient le moindre symptôme de rechute. Et ils auront beau jeu, nous ne le savons que trop, à faire partager leur opinion à une autorité quelconque : puisqu'il ne s'agit que d'un essai, nous objecte-t-on sans cesse, et nous finissons toujours par céder. En réalité, les engagements des parents ne signifient rien ; leur compétence est nulle, et leur bonne foi souvent suspecte. Une sortie d'essai est forcément de courte durée : un mois, dit la loi. Or je prétends, et l'expérience clinique le démontre, qu'un aliéné d'ordinaire agité peut se maitriser et rester

calme, dissimuler ses idées délirantes pendant un mois et même plus : mais le danger n'en subsiste pas moins, et la sortie d'essai ne sera qu'un trompe-l'œil.

Cette pratique soulève une autre question : quelle peut être la capacité civile et la responsabilité pénale d'un individu en sortie d'essai ? Ce point n'est pas envisagé par le nouveau texte ; il a seulement été parlé dans la discussion des secours que l'asile devra accorder à ces malades pendant la durée de leur congé. Et précisément la difficulté s'est présentée immédiatement de savoir qui recevrait l'argent. Le curateur ? C'est inadmissible, s'il n'habite pas le village du malade, et force lui sera bien de se dessaisir de ces sommes : alors à quoi aura servi son intermédiaire ? Et si l'aliéné sorti en essai n'a pas sa capacité civile, comme tend à le faire admettre la discussion de la Chambre, il a encore bien moins sa responsabilité pénale, celle-ci étant beaucoup plus étroite que celle-là. Dès lors on ne voit pas bien le médecin d'asile laissant aller, sous sa responsabilité bien qu'à son corps défendant, un individu qu'il croit encore dangereux, qui le sera en fait bien souvent, et qui est absolument irresponsable. C'est la négation même du principe de la loi qui doit protéger la société au moins autant qu'assister le malade lui-même.

Pour toutes ces raisons, je préférerais la faculté accordée au médecin traitant de demander la sortie au Préfet, dès que l'*amélioration* du malade lui paraîtrait suffisante, que le placement soit volontaire ou d'office. Si une récidive se produit, la famille pourra toujours reconduire le malade à l'asile, surtout si l'on donnait aux admissions la facilité que je souhaite. Actuellement du reste, un premier séjour rend plus aisé une réintégration.

Il a été beaucoup parlé à la Chambre des détentions prolongées après amélioration ou même guérison ; puis, on s'est plaint que nous laissions souvent sortir trop vite les alcooliques ! C'est une contradiction que j'avoue ne pas comprendre : la folie alcoolique est peut-être la plus curable de toutes, et les alcooliques ne sont pas plus dangereux que les autres aliénés : si l'on voit dans les journaux beaucoup de crimes d'alcooliques, c'est qu'il y a de plus en plus de buveurs en France, et ce n'est plus

qu'une question de proportion. Tous ces criminels alcooliques ne sont du reste pas des aliénés.

Que n'a-t-on pris exemple de la folie alcoolique pour légiférer, puisque ce genre de folie est le plus connu ! Le buveur guéri ne rechutera que s'il boit de nouveau ; il semble donc que, dès la disparition des symptômes aigus, on devrait lui donner son exeat. Au contraire, l'aliéné ordinaire est un prédisposé qui n'est point maître de se débarrasser de sa tare mentale et que le moindre choc moral peut faire retomber. Dès lors, n'est-ce pas pour ce dernier que le médecin doit se montrer prudent, d'autant plus que les signes dénotant le degré exact de prédisposition, de réceptivité morbide, échappent autrement que les symptômes d'intoxication alcoolique ? Et si nous gardons à l'asile les buveurs six mois, un an ou même davantage, c'est que nous savons qu'eux aussi sont généralement des prédisposés, que leur appétence pour l'alcool est de nature maladive, et qu'il y a lieu dès lors de les traiter comme les aliénés véritables. Ainsi que je ne cesse de le répéter dans tous mes rapports annuels, l'expérience est là pour prouver qu'on ne saurait être trop sévère sur la durée de la convalescence, à *l'asile même.*

SECTION V. — *Administration des biens.*

L'administration des biens des aliénés a été longuement étudiée dans le nouveau projet de loi ; il y avait beaucoup à faire de ce côté, la loi de 1838 était certainement insuffisante et ses dispositions sur la gestion des biens, par trop brèves. Cependant je pense que tout n'est pas également heureux dans les articles votés par la Chambre, et un examen sérieux s'impose.

L'art. 44 dit que, si la Commission de surveillance n'a pas désigné un de ses membres comme administrateur provisoire, il en sera nommé un par le Ministre de l'Intérieur, sur une liste dressée par le tribunal civil du lieu. J'ai déjà fait mes réserves sur le rôle administratif nouveau dévolu aux tribunaux ; mais ici, il s'agirait de savoir expressément si l'administration des biens appartient en droit à la Commission de surveillance. Si elle constitue une de ses fonctions essentielles, la Commission

ne peut se refuser, comme on a semblé le craindre à Chambre, à désigner un de ses membres pour l'exerce au besoin, elle pourrait demander au Préfet qu'il lui s adjoint un membre supplémentaire, ancien notaire, avo ou magistrat d'une compétence et d'une honorabili éprouvées. Une bizarrerie de la loi est de décider que l'a ministrateur étranger à la Commission sera payé : pou quoi celui-là seulement ? Mais le principe de cette rét bution est des plus discutables ; on s'imaginerait peu être à tort que tous les administrateurs provisoires a tuels, même appartenant aux Commissions de surve lance, s'acquittent gratuitement de leurs fonctions, pourtant j'ai toujours entendu dire à ceux qui rempli sent cette lourde tâche avec le plus de zèle et de dévou ment et gratuitement, que l'idée d'un salaire quelconq leur répugnerait, car leur mission acquerrait ainsi un c ractère qu'elle ne doit pas avoir. D'ailleurs, si la Commi sion a la possibilité de faire nommer quelque fonctionn re nouveau, convenablement rétribué, on conçoit sa peine à quelles sollicitations elle sera exposée.

L'avant-dernier paragraphe de l'art. 44 institue u fonction nouvelle, celle de *curateur à la personne*, et l'a 45 précise les attributions de ce curateur. A la vérité, cet création n'en est pas une, car la loi de 38 avait prévu nomination par le tribunal d'un curateur, dans des c déterminés (art. 38), mais ces cas devaient être fort rar car pour mon compte je ne me souviens pas avoir jama su qu'un curateur ait été désigné à l'un des malades q j'ai eu à traiter. La nouvelle loi semble attacher une gra de importance au curateur ; cependant ses attributio sont bien vagues. Il doit veiller : 1° à ce que les reven de l'aliéné soient employés à adoucir son sort et à acc lérer sa guérison. Ce sont les termes même de la loi de 3 adoucir son sort doit signifier simplement que le mala sera placé à la classe de pension qu'il peut s'offrir par s situation de fortune ; encore faut-il tenir compte des b soins de la famille qu'il laisse derrière lui, et l'administra teur provisoire, dressant l'inventaire exact de la fortun semblait suffisant. Quant à l'accélération de la guériso j'avoue ne pas comprendre ; un médecin, même dans l maison de santé la plus suspecte, fera toujours de so

mieux pour guérir son malade, sans égard pour la fortune de l'aliéné.

2° Le curateur doit veiller à ce que l'aliéné, en cas de sortie ou d'évasion, n'accomplisse aucun acte de nature à nuire à ses intérêts. — Je ne vois pas bien comment il y parviendra, surtout en cas d'évasion ; et si l'aliéné a des idées de suicide !

3° Enfin, il veillera à ce que l'aliéné soit rendu à ses droits aussitôt que sa situation le permet. — Mais le médecin suffit ; le curateur sera-t-il plus autorisé que lui pour réclamer la sortie ?

Il est dit aussi que ce curateur, qui assiste aux réunions de la Commission de surveillance, peut faire appel contre l'administrateur provisoire, membre de cette commission, au moins dans la plupart des cas ! On peut prévoir de sérieuses difficultés de ce côté. Une autre source de difficultés sera l'immixtion forcée du curateur au sein de la famille, car pour surveiller l'emploi des revenus de l'aliéné, il faut connaître ces revenus. Plutôt que de subir une telle ingérence, les familles garderont auprès d'elles leurs malades ; la loi les y autorise,sous prétexte de traitement à domicile. Et c'est alors que les revenus de l'aliéné pourront être dilapidés !

Je vais émettre une idée bien révolutionnaire, et je demande pardon à l'avance,d'une conception aussi hardie ; ce curateur, cet homme bienfaisant, cet ami de l'aliéné veillant sur ses biens et sur sa personne, je voudrais que ce soit...... le médecin traitant. Il me semble que le médecin pourrait, de concert avec l'administrateur légal, comme cela du reste se produit actuellement, mais sans autorité suffisante chez le médecin, s'entendre avec cet administrateur pour donner à son malade les meilleures garanties quant à la gestion de ses intérêts et à ceux de sa famille. Il existe des cas où tel aliéné riche paye inutilement une pension supérieure : il n'aura pas de chambre particulière parce qu'il a des idées de suicide, n'aura pas le régime de sa classe parce que sa santé physique ne le permet pas : cet excès de dépense fait peut-être l'affaire de l'établissement, mais moins sûrement celle du malade et de ses parents. Or, le médecin connaît la situation de santé de l'intéressé, il reçoit chez lui ses parents, ses amis,

est tenu au courant des changements apportés par la séquestration de l'aliéné au sein de la famille, et ce n'est que lorsqu'il a des doutes sur les bonnes intentions de celle-ci qu'il pourrait, par l'intermédiaire de l'administrateur provisoire, faire prendre quelques renseignements sur la situation de fortune.

Les art. 46 et 47 prévoient, outre l'administrateur légal, un administrateur judiciaire, nommé par le tribunal comme actuellement et un administrateur datif, ce dernier nommé par le conseil de famille seul, sans intervention du tribunal. Cet administrateur datif est une superfluité et nous savons trop par expérience ce qui se passe dans les conseils de famille pour ne pas entrevoir les abus auxquels conduira cette disposition de la loi.

Aujourd'hui, la nomination d'un administrateur judiciaire est des plus simples et la mesure, peu coûteuse, devrait être exigée pour tous les placements d'aliénés jouissant de quelque fortune. Comme je l'indiquais plus haut, il est très difficile sinon impossible à l'administrateur provisoire de connaître la fortune des malades riches : s'il tente de s'informer, la famille, dès qu'elle a vent de la chose, retire le malade. L'administrateur provisoire nommé par le tribunal peut être pris parmi les membres de la famille ; il est même souvent désigné par le conseil de famille, et le tribunal ne fait qu'homologuer le choix de celui-ci ; il offre ainsi de sérieuses garanties, et sa provocation ne soulève aucune opposition. Il suffirait donc de prier la Commission de surveillance de déclarer, une fois pour toutes, à partir de quelle classe de pension elle entend se dessaisir de l'administration provisoire, à charge par la personne qui requiert le placement de faire nommer dans le plus bref délai un administrateur judiciaire.

L'art. 48 dispose que le mari sera de droit administrateur des biens de sa femme internée. Il y aurait peut-être quelques réserves à faire à ce sujet, de même que sur l'art. 49. Pour ce dernier, qui exige qu'un état de la fortune de l'aliéné soit remis annuellement au curateur et au procureur, j'ai déjà fait connaître mon sentiment sur ce mode de procéder.

L'art. 50 tend à augmenter les droits de l'administra-

teur provisoire. Sur ce point, aucune discussion ; c'est précisément ce que tous les médecins,tous les hommes de loi qui se sont occupés de la question réclamaient depuis longtemps. Nous demandons que l'administrateur ait les mêmes droits qu'actuellement le tuteur de l'interdit, au moins quant aux biens : mais l'art. 50 soulève une sérieuse objection. L'administrateur pourra vendre le mobilier de l'aliéné après avis du médecin traitant sur l'état du malade. Cet avis est toujours très délicat à donner ; je ne suis pas bien sûr qu'il ne soit pas contraire au secret professionnel, surtout lorsque l'administrateur ne sera pas membre de la Commission de surveillance, et enfin il ne signifiera rien, car tel malade déclaré incurable par le médecin et dont le mobilier aura été vendu, peut fort bien être libéré quelque temps après par le tribunal ou le Parquet, et il se trouvera sans ressources. Qui nous garantit aussi que l'avis du médecin, sollicité pour une vente de mobilier, ne sera pas utilisé dans une autre circonstance, séparation, divorce, etc. ?

Les art. suivants, jusqu'à 55 inclus sont des dispositions d'ordre juridique sur lesquels je m'abstiendrai de commentaires, faute de la compétence nécessaire. J'aime mieux terminer ce qui a trait à l'administration des biens par une protestation contre le maintien de l'interdiction, mesure inique dont on réclame depuis longtemps la radiation dans nos codes.

Si l'interdit n'était privé que de la gestion de ses biens, le mal ne serait pas trop grand. Encore me semble-t-il préférable que l'administrateur, dont la fonction cessera dès la sortie du malade ait les mêmes droits que le tuteur à l'interdit. Mais cette mesure s'étend à la personne,non seulement pendant le séjour à l'asile, mais même après la mise en liberté.C'est dire que, pendant son internement, le malade ne pourra recevoir que les visites qu'il plaira à son tuteur ; celui-ci peut défendre que l'aliéné soit vu par les gens auxquels il tient le plus, et je parle, ici comme dans tout ce travail, par expérience personnelle. Il peut lui interdire les promenades en ville, les congés, etc., malgré l'opinion du médecin traitant. A la sortie, si celle-ci est obtenue, ce qui est bien exceptionnel en cas d'interdiction, il peut s'opposer à ce que son pupille aille dans

telle ou telle maison, habite dans telle localité, etc. Et notez bien que la loi de 1838 n'exige pas que le médecin soit nécessairement consulté en matière d'interdiction ; et quand il l'est, le juge a toute faculté de ne pas se ranger à son avis.

Je sais bien que l'interdit peut demander main levée ; mais en pratique il éprouvera bien des difficultés : il n'est pas sûr de l'obtenir, ne dispose d'aucun capital pour entamer l'instance, le médecin ne peut certifier la guérison parfaite; les tracas mêmes de la procédure peuvent être une cause de rechute. J'émets donc ici le vœu que l'interdiction disparaisse de nos lois.

TITRE III. — *Dépenses et recettes du service des aliénés.*

La dépense du service des aliénés est réglée par les art. 56 à 63 inclus.Cette dépense restera une charge départementale, mais les aliénés, sans domicile des ecours, seront hospitalisés dans les asiles aux frais de l'Etat.

L'art. 60 mérite une mention spéciale ; il rend obligatoires pour les départements, les traitements non seulement des médecins en chef des asiles publics, mais des asiles privés faisant fonction d'asiles publics, et des préposés responsables des quartiers d'hospices. Enfin, il règle au grand avantage des médecins, la question des retraites. Sur ce point, nous n'avons qu'à nous féliciter de cette attention des pouvoirs publics à notre égard, et à adresser tous nos remerciements à nos représentants.

TITRE IV. — *Pénalités.*

Les pénalités de la loi de 38 sont maintenues et même augmentées contre les directeurs et médecins ; il reste donc établi qu'eux seuls sont responsables.

A noter que la loi de sursis peut être appliquée dans tous les cas ; c'est une consolation.

TITRE V.— *Dispositions générales et transitoires.*

Des règlements d'administration publique détermineront : 1° les devoirs et attributions des Commissions de

surveillance ; 2° les conditions d'organisation et de fonctionnement des asiles privés et maisons de santé, des établissements pour aliénés criminels, pour épileptiques, arriérés et idiots, pour alcooliques ; 3° les conditions de traitement et d'avancement du personnel médical et administratif.

Il est à espérer que ces règlements trancheront les questions restées un peu vagues d'après le texte législatif, qu'ils seront clairs autant que complets. Il serait aussi à souhaiter que les traitements des médecins, stationnaires depuis 1875, soient revisés dans le sens d'une augmentation, surtout s'ils doivent être privés de leurs avantages en nature. Je crois que sur ce point nous pouvons compter sur la bienveillance du Ministère et de notre chef direct, M. Mirman,le distingué directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques.

Telle est, dans ses principales dispositions, la nouvelle loi sur le régime des aliénés, que l'on désigne fort justement déjà sous le nom de loi Dubief. S'il s'était agi d'une loi définitivement promulguée, je ne me serais certes pas permis de la discuter : mais elle n'a encore été examinée que par l'une de nos grandes assemblées délibérantes ; des modifications seront très probablement apportées par le Sénat au texte actuel, et tant de projets de revision de la loi de 38 ont déjà vu le jour, ont été ballottés de l'une à l'autre Chambre qu'il est bien permis de supposer que la loi Dubief reviendra une fois encore devant l'assemblée législative. La question des aliénés est jugée par tous si délicate,elle soulève tant de problèmes que vraiment il n'est pas possible que le législateur arrive d'emblée à la forme définitive.

Telle qu'elle est, la loi de 1907 ne mérite pas que des critiques, bien loin de là, et j'aurais à regretter de m'être bien mal fait comprendre si, à la lecture de mon travail, on me regardait comme un détracteur systématique du projet. Mon but a été de soumettre, avant les délibérations du Sénat, à l'appréciation de mes confrères, les réflexions que m'inspirait le texte adopté à la Chambre ; j'ai ainsi l'espoir que d'autres protestations se joindront aux miennes, que des observations seront échangées entre nous, et que nos critiques, nées de l'expérience, pour-

ront être entendues du législateur. Elles peuvent provoquer telles variations dans les termes de la loi qui nous en rendront l'application singulièrement plus aisée.

Le temps presse ; à l'heure où j'écris ces dernières lignes, la Commission sénatoriale vient d'être nommée ; elle se compose de MM. Rolland, Genoux, Delestable, Lozé, Strauss, Blanchier, Gérente, Beaupin et Piettre. D'après le journal le *Matin* (12 février 1907), la majeure partie de cette Commission « semblerait estimer qu'il importe de modifier le texte voté par la Chambre ». Je laisse au *Matin* la responsabilité de cette assertion, mais le problème est si complexe, le Sénat en 1886 s'est montré tellement soucieux d'approfondir la loi dans ses moindres détails et d'en peser toutes les conséquences, qu'il est permis de supposer que des remaniements seront apportés à la rédaction actuelle (1). Dr V. BOURDIN.

ASILES D'ALIÉNÉS

Note sur l'asile suisse de Mindrisio à Casvegno du Tessin

Par le Dr MARIE, de Villejuif.

La maison d'aliénés du canton du Tessin que je viens de visiter est située dans la partie méridionale du canton presque totalement sur le territoire des communes de Mindrisio et de Coildrerio. Elle occupe une étendue de près de 200 mille mètres carrés avec un développement périmétrique d'environ 1800 mètres et une altitude moyenne de 350 mètres au dessus du niveau de la mer : sa superficie est grossièrement pentagonale, avec un angle saillant au nord-est vers le bourg de Mindrisio, dont les premières maisons sont distantes de 700 mètres. L'extrémité sud borde à 300 mètres la courbe du chemin de fer du Gothard en-dessous de la gare de Mindrisio.

A l'orient, court la route cantonale de Chiasso, vers l'occident

(1) Ce travail était terminé lorsqu'on me communique une série d'articles parus dans « la Dépêche » de Toulouse sur le même sujet, sous la signature de M. le Dr A. Rémond, de Metz, professeur à la Faculté de cette ville. Je suis particulièrement heureux de me trouver sur bien des points en complet accord avec mon éminent confrère.



FIG. 30. — Couloir de surveillance au pavillon des agités de Mindrisio.

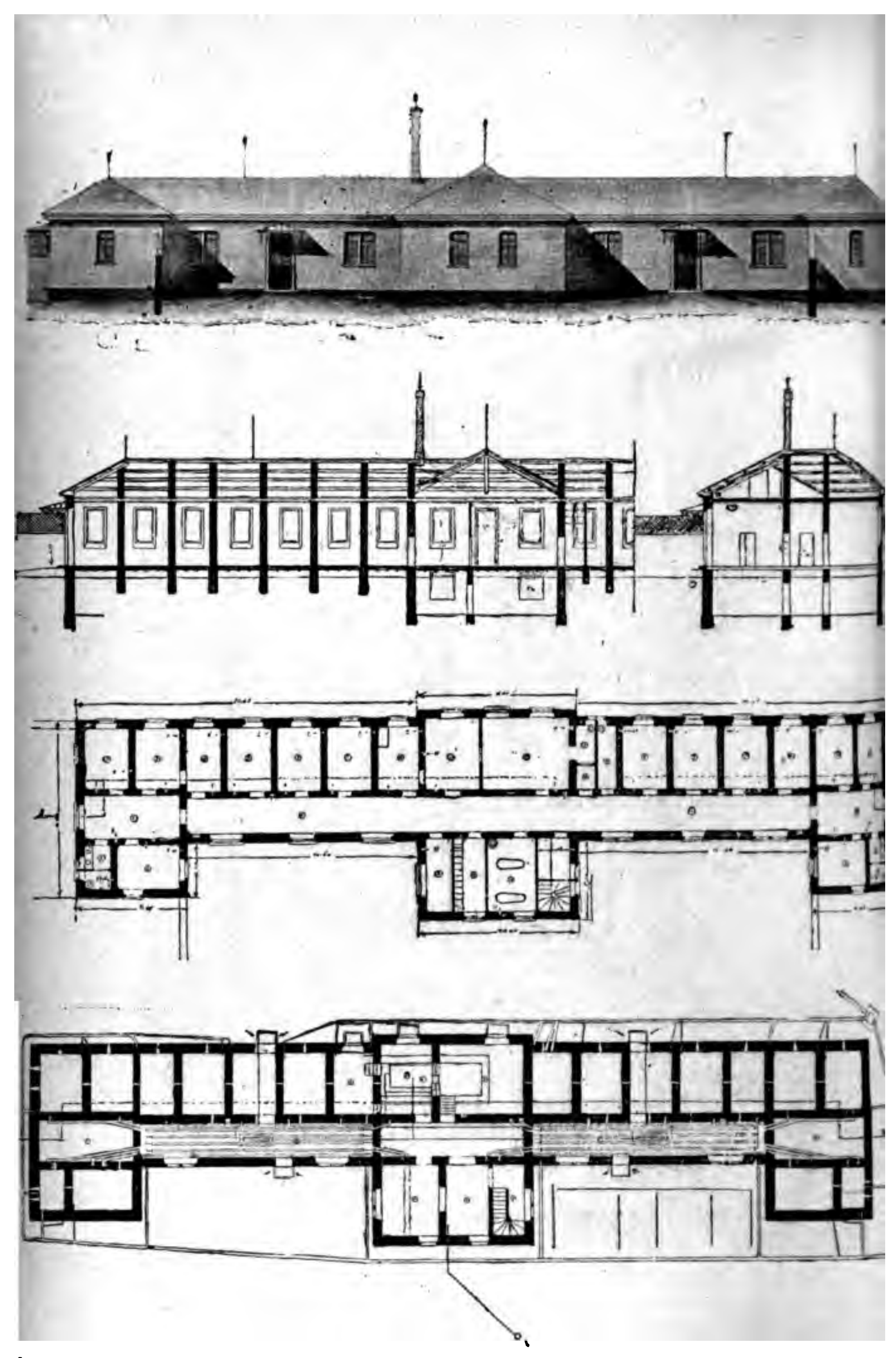


Fig. 31. — Plan, coupe et élévation du quartier des agités.

sur environ 600 mètres passe la route de Stabio. On aperçoit des hauteurs de l'asile la pointe voisine du lac de Lugano resserré entre les contreforts du mont Generoso.

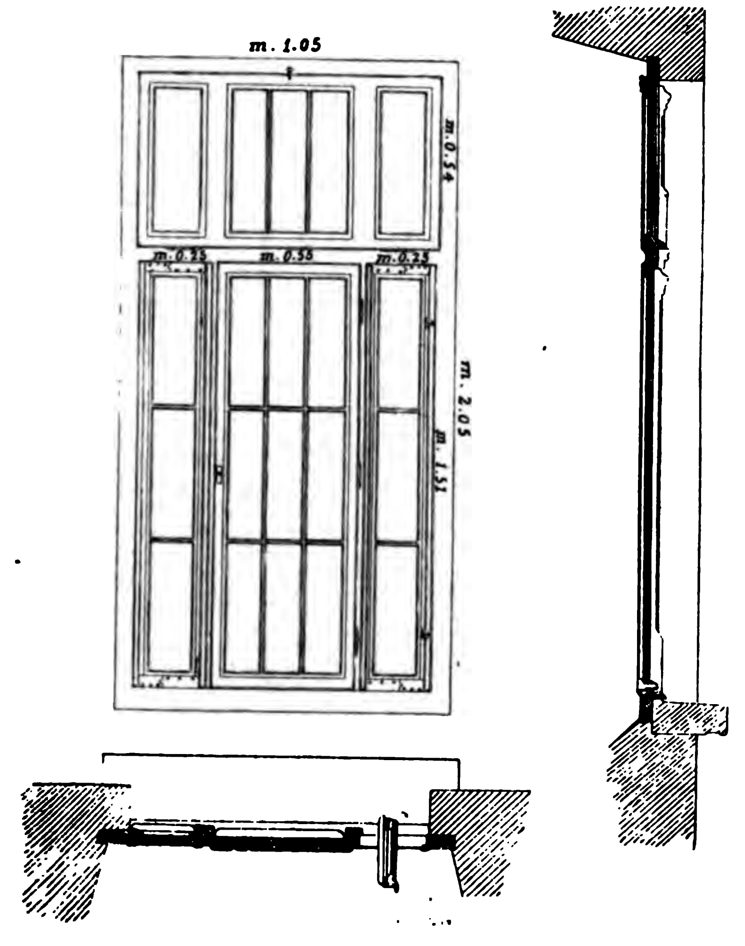


Fig. 32. — Fenêtre de sûreté de Hitzig (asile de Mindrisio, pavillon des agités).

La surface de l'asile comprend deux portions : l'une septentrionale, sur colline, de plus de 6 hectares, cultivés et annexés à la colonie agricole; l'autre au sud-ouest d'environ 12 hectares où sont

disséminées les constructions proprement dites de l'asile. Ce plateau, à déclivité orientale, descend vers le bassin de l'Adda et du Tessin. Les torrents voisins se déversent dans les lacs de Côme et de Lugano,

L'asile d'aliénés est constitué sur le type d'asile village ; aussi pour lui enlever tout aspect d'établissement n'est-il pas pourvu d'enceinte murale. Il est enclos d'un grillage métallique d'environ un mètre de hauteur, retenu par des piliers de bois. L'enclos général est interrompu à proximité de la colonie agricole sur la route cantonale par des passages pour les transports agricoles.

L'entrée principale de l'asile se trouve sur la route de Mindrisio-Stabio, une modeste grille y est ouverte jour et nuit. En face de la grille d'entrée, croisant la route circulaire de Mendrisio-Strabio, débouche une grande route carrossable poor aller à la station de la gare de chemin de fer de Mendrisio, sur un parcours d'environ 800 mètres.

D'une masse de verdure émergent les blanches maisonnettes aux toits rouges, d'architecture modeste, disséminées, comme indépendantes les unes des autres en un désordre voulu et sans symétrie. Le long de la ligne médiane sur les hauteurs, la chapelle, les cuisines et buanderies ; en contre-bas, à mi coteau 2 petites villas de pensionnaires contre le potager, un pavillon de femmes tranquilles de l'autre côté d'une pelouse, avec pavillon de demi-agités à l'opposé et un pavillon semblable pour les femmes demi-tranquilles. Les pavillons des grands agités, la direction et les médecins-adjoints sont vers l'entrée de l'autre côté de la colline, au levant un cottage avec étables et annexes fermières. C'est l'autonomie des parties indépendantes et le triomphe avec des moyens simples, du concept conciliateur de la mise au traitement isolé dans des conditions scientifiques avec le maximun de « no-restraint » et d'isolement des groupes manicomiaux de classement.

Le pavillon des agités est au rez-de-chaussée, il contient 16 lits disposés en chambres d'isolement séparées pour chacun. Ces chambres sont chauffées au calorifère à vapeur et une surveillance permanente en 2 équipes est assurée. Ce pavillon rappelle assez la disposition des quartiers de surveillance et observation continue pour agités, édifiés à Villejuif aux femmes il y a quelques années et en achèvement au service des hommes en ce moment. Une longue galerie de surveillance sur laquelle donnent toutes les chambres assure le service ; nous en donnons la vue.

Le Pavillon des demi-tranquilles contraste avec le précédent. Il a 1 étage et 58 lits disposés en trois dortoirs, plus deux petites chambres de 4 lits. (Fig. 33)

Les murs sont ornés d'affiches artistiques et motifs décoratifs qui en agrémentent heureusement l'aspect et atténuent le carac-

tère d'asile si difficile à éviter en établissements collectifs même pavillonnaires. (Fig. 35 et 36.)

Une autre particularité de l'asile consiste dans sa colonie agricole annexée à l'établissement bien que distante de près d'un kilomètre — 40 malades tranquilles y habitent dans un pavillon angulaire rappelant le type de Pokrowsk, préconisé par Korsakoff et adopté pour la colonisation agricole de la Seine en préparation à Chezal-Benoit (Cher). Nous donnons le plan de cette colonie ainsi que des services généraux de l'asile et le plan général réduit.

J'ai eu l'honneur de visiter ce bel établissement en octobre dernier à la suite du Congrès International pour l'assistance des aliénés tenu à Milan en fin septembre sous la présidence de M. le professeur Tambourini.

Les Congressistes conviés à cette visite ont pu admirer le cadre admirable dans lequel s'étagent et se développent les pavillons comme autant d'établissements distincts. Les murs sont réduits au minimum et grâce aux accidents de terrain et à l'horizon montagneux toutes les parties de l'établissement jouissent d'une vue superbe. Un pique-nique servi sur l'herbe du plateau dominant où s'élève la Chapelle a permis de goûter doublement les charmes de l'établissement. Les sections demi-tranquilles offrent une disposition rappelant celle du pavillon d'Altcherbitz, aux agités les fenêtres sont du système de Hitziz, les panneaux sont à axe fixé sur lequel ils s'ouvrent comme un imposte à barre verticale. Une fabrication spéciale de timbales en croûte de pain faite à la boulangerie permet de servir les aliments aux agités sans assiettes. Ils mangent leur plat comme pain après en avoir absorbé le contenu. Aux travailleurs, nous avons remarqué qu'on encourage les pensionnaires à suivre leur verve artistique qui s'exerce sur les murs en des compositions picturales assez curieuses.

Des paillassons spéciaux en déchets de cuir constituent une industrie facile qui permet d'utiliser des travailleurs très frustes sans préparation longue. Nous joignons à ces courtes notes quelques tableaux et quelques chiffres complémentaires qui en diront plus sur le fonctionnement et l'excellence de cet établissement qu'une description longue. Des clichés que nous devons à l'extrême obligeance de notre collègue, M. le docteur Manzoin, médecin-directeur de Mindrizio achèveront de caractériser l'aspect si particulier et riant de l'asile du canton du Tessins, que l'on peut considérer comme un type du genre moderne tel qu'on le voudrait voir réalisé plus souvent chez nous.

Le personnel est ainsi composé :

1 directeur-médecin en chef, 1 médecin-adjoint, 1 secrétaire, 1 sous-secrétaire, 1 surveillanten chef, 15 infirmiers, 1 surveillante en chef, 14 infirmières, 3 sœurs pour le magasin, la cui-



Fig. 40. — Services généraux de Mindrisio.

tère d'asile si difficile à éviter en établissements collectifs même pavillonnaires. (Fig. 35 et 36.)

Une autre particularité de l'asile consiste dans sa colonie agricole annexée à l'établissement bien que distante de près d'un kilomètre — 40 malades tranquilles y habitent dans un pavillon angulaire rappelant le type de Pokrowsk, préconisé par Korsakoff et adopté pour la colonisation agricole de la Seine en préparation à Chezal-Benoit (Cher). Nous donnons le plan de cette colonie ainsi que des services généraux de l'asile et le plan général réduit.

J'ai eu l'honneur de visiter ce bel établissement en octobre dernier à la suite du Congrès International pour l'assistance des aliénés tenu à Milan en fin septembre sous la présidence de M. le professeur Tambourini.

Les Congressistes conviés à cette visite ont pu admirer le cadre admirable dans lequel s'étagent et se développent les pavillons comme autant d'établissements distincts. Les murs sont réduits au minimum et grâce aux accidents de terrain et à l'horizon montagneux toutes les parties de l'établissement jouissent d'une vue superbe. Un pique-nique servi sur l'herbe du plateau dominant où s'élève la Chapelle a permis de goûter doublement les charmes de l'établissement. Les sections demi-tranquilles offrent une disposition rappelant celle du pavillon d'Altcherbitz. Aux agités les fenêtres sont du système de Hitziz.les panneaux sont à axe fixé sur lequel ils s'ouvrent comme un imposte à barre verticale. Une fabrication spéciale de timbales en croûte de pain faite à la boulangerie permet de servir les aliments aux agités sans assiettes. Ils mangent leur plat comme pain après en avoir absorbé le contenu. Aux travailleurs, nous avons remarqué qu'on encourage les pensionnaires à suivre leur verve artistique qui s'exerce sur les murs en des compositions picturales assez curieuses.

Des paillassons spéciaux en déchets de cuir constituent une industrie facile qui permet d'utiliser des travailleurs très frustes sans préparation longue. Nous joignons à ces courtes notes quelques tableaux et quelques chiffres complémentaires qui en diront plus sur le fonctionnement et l'excellence de cet établissement qu'une description longue. Des clichés que nous devons à l'extrême obligeance de notre collègue, M. le docteur Manzoin, médecin-directeur de Mindrizio achèveront de caractériser l'aspect si particulier et riant de l'asile du canton du Tessins, que l'on peut considérer comme un type du genre moderne tel qu'on le voudrait voir réalisé plus souvent chez nous.

Le personnel est ainsi composé :

1 directeur-médecin en chef, 1 médecin-adjoint, 1 secrétaire, 1 sous-secrétaire, 1 surveillant en chef, 15 infirmiers, 1 surveillante en chef, 14 infirmières, 3 sœurs pour le magasin, la cui-

RÉGIME ALIMENTAIRE.

Pensionnaires de 1re classe :

Premier déjeuner : café au lait ou chocolat, petit pain.
Déjeuner : potage. un ou deux plats de viande, légumes, fruits ou fromage, patisserie une fois par semaine, vin 0 l. 10, pain.
Diner : Potage, un plat de viande, fruit ou fromage, vin 0 l. 10.

Malades de 2e classe (régime commun).

Premier déjeuner : Café au lait (500 gram.).
Déjeuner : potage au riz, aux légumes ou aux pâtes, ou polenta, viande de bœuf (150 gram.) 4 fois par semaine, rôti deux fois, poisson une fois.
Diner : potage, fromage ou viande avec salade, vin 0 l. 20, pain à discrétion (en moyenne, 500 gr.)

La proportion des infirmiers est de un pour trois malades dans le pavillon des agités ; dans la section d'observation et dans le pavillon des semi-agités, la proportion est de un pour sept. —Le travail a été organisé de la façon la plus simple dans la division des femmes, les malades travaillent dans tous les quartiers. Les hommes sont occupés aux travaux des champs, aux services généraux, etc. — Les malades de 2e classe (régime commun) reçoivent une ration de tabac et de cigares. — Les travailleurs ont une ration supplémentaire de limonade vineuse. — Les malades ont à leur disposition des jeux divers, des livres, des journaux, un piano.

Le directeur médecin, le médecin adjoint, le secrétaire et le secrétaire adjoint sont nommés pour 4 ans par le Conseil d'Etat sur la proposition de la Commission administrative. Le directeur a un traitement variant de 3000 à 4500 fr., le médecin-adjoint reçoit de 1.800 à 2.500.

Moyenne annuelle des malades présents......	177
Maximum de la population..................	192
Minimum................................	168

La proportion des aliénés par rapport à la population tessinoise, est de 1 pour 1.460 habitants.

Les cas de guérison représentent 30 % des admissions ; les cas d'amélioration donnent la proportion de 15,8 % soit, guérisons et améliorations, 45,8 %.

Recettes (1901).......................	144.611
Dépenses (1901).......................	132.357

Les dépenses de pharmacie sont de 600 fr. environ par an.

L'établissement est administré par une commission de surveillance composée du conseiller de l'Etat du Tessin, de 2 délégués du conseil général, d'un délégué de la Commission sanitaire cantonale et d'un représentant de la municipalité locale de Mandrisio, le directeur général de l'hygiène pour la province du Tessin préside.

Le budget administré par cette commission administrative tire ses ressources des frais de séjour des malades payants, du produit de la ferme, d'un dixième perçu sur la recette du monopole d'Etat, sur l'alcool et d'une contribution cantonale complémentaire variable. Le nombre total de lits prévus est de 230 avec 40 agents de surveillance.

L'asile date de 1898, le domaine cultural de la colonie agricole comprend 27 hectares exploités par 40 travailleurs et 20 bêtes de somme. L'éclairage électrique est établi ainsi que le tout à l'égout. L'approvisionnement en eau de source donne 324 hectolitres des bouches d'eau sous forte pression assurent le service d'incendie en chaque quartier). L'établissement possède le téléphone et dispose d'une bibliothèque et d'un laboratoire comprenant l'électrothérapie. Le traitement du petit personnel va de 25 à 45 fr. plus les avantages matériels, ils jouissent du repos hebdomadaire.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

VIII. — **Corps thyroïde et neuro-arthritisme** : par MM. Léopold Lévy et Henri de Rothschild. (*Société de Biologie*, mars 1907.)

Dans une série de recherches antérieures, nous avons montré qu'à l'hypothyroïdie ressortissaient certaines variétés de migraines, de rhumatisme chronique, d'asthme, d'urticaire chronique, d'angines à répétition, d'herpès récidivants, d'hyporthermie, d'œdèmes transitoires, de neurasthénie, d'altérations dentaires, toutes manifestations morbides qu'on rattache communément à l'arthritisme. De ce fait, certain arthritisme peut être considéré comme d'essence hypothyroïdienne.

Dans une communication récente, nous avons soutenu d'autre part l'opinion que certain nervosisme était réalisé par l'hyperthyroïdie. La réunion, chez un même individu, de nervosisme et d'arthritisme est fréquente. Il s'agit, dans ce cas, de sujets à la fois hypo et hyperthyroïdiens qu'on peut ranger dans le groupe

de l'instabilité thyroïdienne. Mais les deux éléments qui constituent l'association neuro-arthritique se prêtent à de multiples combinaisons. Nous nous proposons d'étudier ici quelques particularités de cette instabilité thyroïdienne et de fixer certains rapports réciproques de l'hypo et de l'hyperthyroïdie.

La conception à laquelle nous a conduit l'observation des faits cliniques peut s'exposer par une comparaison. L'équilibre thyroïdien, l'orthothyroïdie représente si l'on veut une corde raide. L'équilibriste qui n'est autre que le fonctionnement thyroïdien, a une tendance à pencher d'un côté (hypothyroïdie). Dans les efforts qu'il fait pour se redresser, il incline du côté opposé. Il effectue, somme toute de part et d'autre de l'orthothyroïdie, des oscillations, et la déviation dans le second sens est plus ou moins liée aux oscillations dans le premier. Pour justifier cette comparaison, il faut montrer tout d'abord que les oscillations dans le fonctionnement thyroïdien existent. Déjà, dans diverses notes, nous les avons évidemment enregistrées. C'est une femme hypothyroïdienne qui devient basedowienne fruste à propos d'une grossesse. C'est une malade hypothyroïdienne qui fait une poussée de Basedow fruste à propos d'une cure thermale.

L'emploi thérapeutique de corps thyroïde provoque encore ces variations. Et il ne s'agit pas seulement de cas, comme celui présenté ici même, dans lequel une hypothyroïdie a été transformée momentanément en hyperthyroïdie par l'ingestion de 175 cachets de corps thyroïde. D'autres sont plus suggestifs.

Un enfant de cinq ans retardé, présentant l'intelligence d'un bébé indifférent à tout, s'est éveillé sous l'influence de 14 cachets mais il se bat sans cesse avec ses camarades. Une institutrice de quarante-trois ans, présentant de la canitie précoce, migraineuse, très frileuse des extrémités, atteinte d'entérite muco-membraneuse, de dysménorrhée, souffrant de phlébalgie, a ressenti pour avoir pris 5 cachets de 0 gr.10 de corps thyroïde, une surexcitation cérébrale désagréable, des colères, des crises de larmes, des points douloureux. Ultérieurement, un seul cachet de 0 gr. 06 a provoqué de l'insomnie, des crises de pleurs, de l'hyperesthénie cérébrale.

Il est permis d'admettre dans ce dernier cas, que la malade, tout en étant hypothyroïdienne était en instance d'une hyperthyroïdie qu'a révélée une dose insignifiante du corps thyroïde. C'est bien le tempérament neuro-arthritique. Des cas de ce genre montrent l'attention avec laquelle il faut chercher pour chaque sujet la dose convenable du médicament. Ils rendent compte de l'accentuation, au moins transitoire, de l'hyperthyroïdie que peut produire le traitement chez les prédisposés.

Par contre, il n'est pas exceptionnel de voir, et c'est le second point que nous désirons établir dans cette note, les troubles ner-

veux s'atténuer sous l'influence de l'opothérapie thyroïdienne, ce qui nous amène à conclure que dans les cas envisagés, l'hyperthyroïdie est la conséquence de réactions secondaires à l'hypothyroïdie. Déjà cette opinion s'appuie sur l'analyse de certaines observations.

Un de nos malades hypothyroïdiens a fait la remarque que son nervosisme est à son apogée après une période plus ou moins courte d'abattement. Un ennui qui l'abat, lui casse bras et jambes, le rend en même temps très sensible.

Parmi les sujets que nous avons soignés, nous citerons : Une fillette de cinq ans, qui ne marchait pas seule à trois ans, fut atteinte de végétations adénoïdes qui purent être opérées, d'entérite, de prurigo, de frilosité. Elle pleurait continuellement pour tout motif et sans motif. Déjà sous l'influence de 4 cachets de 0 gr. 10, elle n'a plus pleuré une seule fois à l'école, est devenue tout à fait gentille. Un malade migraineux présentant des extrémités froides ayant de l'herpès à répétition constamment enrhumé, ayant blanchi à vingt ans, est irascible, susceptible, violent. En même temps qu'il est amélioré de ses migraines, etc. par 26 cachets son nervosisme diminue. — Une dame de trente sept ans, ayant souffert d'angine à rechutes, frileuse, fatiguée est coléreuse, triste, pleure facilement. Le tout s'améliore par le corps thyroïde,

Nous concluons donc que dans certaine combinaison hypohyperthyroïdienne, l'hypothyroïdie est l'élément primordial et qui entraîne le nervosisme secondaire. Nous n'oublions pas toutefois que du fait de l'hypothyroïdie, le système nerveux est auto-intoxiqué, ce qui facilite les réactions morbides, et que le corps thyroïde auquel est subordonné en partie du moins, le système nerveux, est subordonné lui-même à sa propre innervation. Il y a ainsi une intrication complète d'arcs réflexes ; c'est ce qui rend l'interprétation des faits fort difficile. N'empêche que le traitement met en relief une prédominance pathogénique et laisse entrevoir un certain enchaînement de réactions.

En fin de compte, à côté de l'orthothyroïdie, de l'hypo, de l'hyperthyroïdie, on peut ranger l'instabilité thyroïdienne (faisant partie de la dysthyroïdie) qui comporte elle-même une variété à hyperthyroïdie secondaire.

IX. — **Conception clinique, anatomique et pathologique des idioties méningitiques. Observations cliniques et anatomo-pathologiques** ; par M. Pellizzi. (*in Rivista spérimentale di Freniatra. Reggio en Emilie*, 1905, Vol. XXXI, fasc. III, IV.)

On peut distinguer au point de vue clinique trois formes cliniques de l'idiotie : une forme avec pseudo-hypertrophie, une seconde avec atrophie simple et uniforme, et enfin une troisième

dans laquelle le processus de destruction est évidemment irrégulier. On peut voir ces trois formes en se reportant aux pièces conservées par Bourneville et fixées par le liquide de Muller ; de même, on peut observer l'altération chronique de la pie-mère et la dilatation ventriculaire. Les recherches microscopiques et bactériologiques sur le liquide céphalo-rachiden ont permis de déceler un grand nombre de microbes pathogènes variés : le méningocoque de Weickselbaum, le diplocoque de Frankel, le bacille d'Eberth, le pyocyanique, le staphylocoque, le streptocoque, le bactérium coli etc., Toutes ces variétés correspondent certainement à des formes cliniques et anatomiques variées. Au point de vue clinique, l'idiotie méningitique peut être congénitale, où apparaître dans les premiers mois, dans un cas même, elle ne s'est développée qu'à l'âge de 13 ans.

La pathogénie de la microencéphalie permet de considérer deux formes : la vraie et la fausse ; la vraie peut être simple ou associée, la fausse est l'atrophie irrégulière de deux hémisphères à la suite d'un processus phlogistique diffus.

Quant à l'hydrocéphalie hérédo-syphilitique, elle reconnaît deux modes pathogénétiques de développement : 1° Il existe une hydrocéphalie de nature syphilitique, due à des lésions spécifiques syphilitiques de l'épendyme et de la région optostriée; 2° il existe très probablement une hydrocéphalie d'origine syphilitique par arrêt de développement du cerveau sous l'influence dystrophique de la syphilis des parents.

En somme, la coexistence surtout de caractères importants tels que l'altération diffuse de l'écorce cérébrale sans altérations macroscopiques, et l'absence de troubles moteurs graves (épilepsie, paralysie) et d'autres symptômes liés à des altérations localisées ne se rencontre dans aucune autre forme d'idiotie ; dans ces conditions on peut la séparer nettement des trois autres citées au début, en former un groupe à part, dont la dénomination montrera la pathogénie ; ce sera l'idiotie méningitique. J. Séglas.

X. — **Recherches sur l'influence de l'ancienneté, de l'intensité et de la répétition de l'incitation sur les caractères de certaines réactions nerveuses élémentaires. Contribution à l'étude de l'adaptation** ; par MM. Stéfani et Ugolotti. (*Rivista sperimentale di Freniatria. Reggio en Emilie*, 1905, vol. XXXI, fasc. III. IV.)

I. La méthode employée a consisté à rechercher le degré de dilatation où de retrécissement pupillaire, dus à l'extraordinaire mobilité de l'iris. Voici les résultats obtenus.

II. — Influence de la dose (Intensité de l'excitation.)

Expériences: ont porté sur l'action pupillaire de l'atropine et de la pilocarpine sur les chats et les chiens. Emploi de solutions de

concentrations variées. — Résultats et conclusions : l'augmentation de la dose abrège le temps d'attente, augmente la rapidité de la dilatation et allonge sa durée ; l'augmentation de l'effet n'est pas proportionnelle à l'augmentation de la dose ; le degré maximum de la dilatation correspond à une dose moyenne. Abstraction faite du degré de rapidité; la ligne d'ascension suit une route plus ou moins brusque.

III. — Influence de l'ancienneté. Expériences ont porté sur la dose.Conclusions: la réaction propre de l'état actuel se distingue, à égalité de doses, de la réaction propre de l'état ancien par une plus longue durée du temps d'attente, par une plus grande lenteur dans l'ascension, par une plus longue durée de la descente.

IV. — Influence de la répétition de l'excitation. Les expériences ont porté sur l'action pupillaire de l'atropine et de la pilocarpine, et sur l'action vaso-cardiaque de l'atropine. Conclusions : Les variations de réaction, dues à la répétition de l'excitation, sont de nature cellulaire : la capacité d'adaptation varie grandement suivant l'état de l'individu et suivant l'action spéciale biologique ; cette adaptation est précédée par une période préparatoire.

V. — Considérations sur l'action intime des poisons et sur le mécanisme de l'adaptation. On remarque surtout : la longueur de la période d'attente, la rapidité de développement de la réaction, les caractères des réactions déterminées par l'état et l'adaptation. Enfin, l'auteur termine par quelques considérations générales sur les recherches ci-dessus analysées. J. S.

XI. — **Etude nosographique et clinique des infantilismes** ; par M. Sante de Sanctis. (*in Rivista sperimentale di Freniatra, Reggio en Emilie*, 1905, vol. XXXI, fasc. III, IV.).

Ce travail qui n'a pu être publié entièrement dans le numéro comprend plusieurs parties : 1° conception anthropologique et anatomo-pathologique de l'infantilisme ; 2° infantilisme dystrophique et myxœdémateux ; 3° infantilismes partiels ; 4° infantilismes mixtes ou combinés ; 5° pathogénie des infantilismes ; 6° conception clinique fondamentale des infantilismes ; 7° diagnotics différentiels des infantilismes (rachitisme, achondroplasie, crétinisme, gigantisme, sénilisme, mongolisme) ; 8° classification des infantilismes.Cette étude doit être continuée dans un numéro suivant. J. S.

XII. — **Sur les rapports entre les « cellules à bâtonnets » (Stabchenzellen) et les éléments nerveux dans la paralysie progressive** ; par M.Cerletti. (*in Rivista sperimentale di Freniatria. Reggio en Emilie*, 1905, vol. XXXI, fasc. III, IV.)

C'est en 1899 que Nissl en analysant les différentes altérations cellulaires que l'on observe dans les états pathologiques de

l'écorce cérébrale, signala pour la première fois un type cellulaire bien caractérisé, se présentant au niveau de l'écorce dans un certain nombre d'affections, mais surtout dans la paralysie progressive. Ce sont, dit-il, des cellules névrogliques allongées ; aux deux pôles du protoplasma se trouve un noyau allongé ; le caryoplasma est clair, contient seulement de petits fragments nucléaires, lesquels se disposent suivant une ligne correspondante à l'axe longitudinal du noyau. Ces cellules allongées sont orientées le plus souvent parallèlement à la direction des fibres de la couronne rayonnée. Ces cellules ont été nommées à Heidelberg : « Wurstzellen », ou cellules en saucisse. Nissl et Alzheiner ont préféré le nom de Stabcheuzellen » où cellules en bâtonnets.

Les cellules névrogliques allongées et à bâtonnets se rencontrent de préférence dans les territoires où le tissu avoisinant a une consistance spéciale ; dans les couches superficielles de l'écorce cérébrale et dans la substance blanche. La très grande variété dans la morphologie et dans l'affinité tinctoriale de ces éléments à bâtonnets montre que les cellules à bâtonnets ayant un noyau large, un carioplasma clair, des granulations chromatiques volumineuses représentent probablement des éléments en état de modification progressive, tandis que les cellules à bâtonnets, rétractées, très colorées, représentent vraisemblablement des éléments malades dans un stade régressif. J. S.

XIII. — **La persistance du pouvoir vital et pathogène de la spore aspergillaire dans l'organisme animal. Contribution expérimentale à la récidive de la pellagre.** par MM. Ceni et Besta. (*in Rivista sperimentale di Freniatra. Reggio en Emilie,* 1905, vol. XXXI, fasc. III, IV.)

Les résultats actuels montrent que les spores aspergillaires peuvent dans des conditions déterminées rester pendant longtemps dans l'organisme et conserver leur pouvoir vital et pathogène. On peut soutenir également qu'il y a une adaptation aux toxines émanées d'une quantité déterminée non mortelle de spores. Ces conclusions font admettre que la forme de pellagre due à une infection par la spore de l'aspergillus fumigatus, peut rester latente pendant un temps plus ou moins long. J. S.

XIV — **Le pouvoir pathogène de l'aspergillus fumigatus. Recherches expérimentales** ; par M. Besta. (*in Rivista sperimentale di Freniatra. Reggio en Emilie,* 1905, vol. XXXI, fasc. III, IV.)

L'aspergillus fumigatus est pathogène: 1° puisqu'il est capable de proliférer à l'intérieur d'un tissu, en y déterminant des foyers de nécrose ; 2° puisque la spore est douée d'un pouvoir irritatif intense qui se manifeste par l'accumulation des leucocytes, des phéno-

mènes d'inflammation, etc., ; 3° puisque la spore, dans des conditions biologiques déterminées, contient une substance tétanisante spécifique, et si l'on vient alors à l'introduire dans l'organisme animal, elle peut, tout en restant à l'état de spore, élaborer et mettre en liberté sa substance toxique. J. S.

XV. — **Sur une nouvelle espèce d'aspergillus varians et sur ses propriétés pathogènes en rapport avec l'étiologie de la pellagre**; par M. Ceni. (*in Rivista sperimentale di Freniatria. Reggio en Emilie* 1905, vol. XXXI, fasc. III, IV.)

La nouvelle espèce d'aspergillus varians qui est décrite a été exclusivement rencontrée dans l'Apennin moyen. Le parasite fut isolé dans l'atmosphère d'une campagne malsaine, dans une famille atteinte depuis longtemps de pellagre chronique. Ce parasite ne se développe pas en hiver à la température ambiante, et en cette saison il se développe mal si on vient à le cultiver à l'étuve, à une température qui correspond à son optimum de développement. Il se développe bien et rapidement à la température ambiante au printemps, en été et pendant une partie de l'automne.

Les caractères typiques morphologiques de ce parasite restent invariables à toute époque de l'année, tandis que l'aspect macroscopique de la surface et plus encore la couleur de sa traîne changent notablement et en très peu de temps pendant le cycle biologique annuel du germe. Pendant l'hiver, c'est la couleur rose et le gris rouge qui prédominent; au printemps et en été, c'est surtout le vert et ses différentes graduations ; en automne, c'est surtout le vert pâle et le rose carmin. Ce parasite est pathogène ; il est capable d'élaborer des toxines spécifiques qui peuvent notablement varier d'intensité suivant la période de l'année. Les périodes de toxicité maxima correspondent au printemps et à l'automne, pendant lesquels le pouvoir pathogène du germe est très élevé et peut même dépasser celui de l'aspergillus fumigatus. Les périodes de toxicité minima correspondent au milieu de l'hiver et de l'été, et pendant ces deux saisons le pouvoir toxique du germe est tellement diminué qu'il peut être considéré comme nul.

Les toxines élaborées par le germe peuvent encore être de nature différente et opposée suivant les périodes de l'année ; certains principes toxiques sont de nature déprimante et paralysante, d'autres sont de nature excitante et convulsivante. Les toxines de nature déprimante et paralysante sont plus fréquentes que celles de nature excitante et convulsivante ; les secondes ne se rencontrent à aucun moment de l'été et de l'automne, tandis que les premières ont été rencontrées à toute époque de l'année. Le degré et la nature des toxines n'ont aucun rapport avec les parties nutritives sur lesquelles le germe se développe, mais sont en rapport avec les conditions d'ambiance extérieure au milieu desquelles le germe se dé-

veloppe. Les toxines sont toujours isolables avec les moyens habituels et n'ont aucun rapport avec les composés phénolés. Ce germe, par le degré et la nature de ses principes toxiques, peut être considéré comme ayant un rapport de cause aussi bien avec la pellagre chronique qu'avec la pellagre aigue. J. SÉGLAS.

XVI. — **Recherches histologiques et embryologiques sur la structure de la gaine myélique des fibres nerveuses périphériques**; par M. BESTA. (*in Rivista sperimentale di Freniatra. Reggio en Emilie*, 1905, vol. XXXI, fasc. III, IV.)

Les pièces sont d'abord fixées dans la solution suivante :

Solution chloro-ammoniacale de Merck....	4	gr.
Fromaline	25	c. cubes.
Eau distillée	100	cc.

La durée de fixation des pièces varie suivant la grosseur de celles-ci de 24 heures à 3 jours ; on inclut à la paraffine. Coloration dans une solution d'hématoxyline Mallory phéniquée. Cette méthode est bonne pour les gaînes de Schwann, les croix de Raucier, les incisures de Lautermann. On peut l'employer également avec succès pour les recherches embryologiques. J. S.

XVII. — **La dégénération et la régénération des fibres nerveuses périphériques**; par M. BESTA. (*in Revista sperimentale di Freniatria. Reggio en Emilie*, 1905, vol. XXXI, fasc. III, IV.)

Les recherches de l'auteur l'ont conduit à des résultats absolument contraires à la doctrine de Bethe sur la régénération autogène. J. S.

XVIII,— **Nouveaux instruments pour les recherches psychophysiques** ; par M. GUICCIARDI. (*in Rivista sperimentale di Freniatria. Reggio en Emilie*, 1905, vol. XXXI, fasc. III. IV.).

Cet article comprend une description détaillée des trois appareils suivants : un campimètre acoustique, un réglet psychoesthésiométrique, et un double pendule acoustique. Ces instruments sont surtout considérés par l'auteur comme pouvant servir à l'examen psychologque des individus sains et aliénés. J. S.

XIX —**Sur une altération primitive du réticulum fibrillaire endocellulaire et des fibres longues dans les cellules de la moelle épinière. Recherches expérimentales sur l'empoisonnement par le chlorure d'éthyle et sur la compression de l'aorte abdominale effectuée par la méthode de Donaggio** ; par M. SCARPINI. (*in Rivista sperimentale di Freniatria. Reggio en Emilie*, 1905, vol. XXXI, fasc., III, IV.)

1° Une cellule nerveuse surprise au moment d'un grave désordre

fonctionnel peut apparaître comme presque normale avec la méthode de Donaggio, mais il ne s'agit alors que d'un désordre transitoire.— 2° L'altération de la substance chromatique précède et est toujours plus grave que l'altération de la neurofibrille. — 3° Un arrêt de la circulation, prolongé pendant trois heures, amène une désintégration granulaire du réticulum endocellulaire. — 4° Cette désintégration se présente sous un mode uniforme dans le réticulum, mais est plus tardive dans les prolongements protoplasmiques et cylindraxiles, et dans les fibrilles longues. — 5° Dans ces conditions, l'élément nerveux est gravement compromis et peut être irrémédiablement perdu. — 6° Si une désintégration aussi avancée vient à faire manquer la coloration par la thionine, le noyau épais reste coloré. J. S.

XX. — **Contribution expérimentale et statistique à l'étude de la mémoire** ; par M. GUICCIARDI. (*in Revista spérimentale di Freniatria. Reggio en Emilie*, 1905, vol. XXXI, III, IV.)

Etudiée au moyen de tables spéciales, la mémoire verbale est plus étendue que la mémoire des images ; il y a également des variations suivant l'ancienneté de l'épreuve et surtout suivant la culture du sujet. J. S.

XXI. — **Accommodations de l'oreille à des bruits distants variés** ; par M. GUICCIARDI.(*in Revista sperimentale di Freniatria. Reggio en Emilie*, 1905, vol. XXXI, fasc. III, IV.)

C'est à une distance moyenne que les différents bruits sont le mieux entendus ; la position latérale uni-auriculaire est de beaucoup celle qui est préférable ; l'accommodation auriculaire, se fait tantôt par l'audition bi-auriculaire, tantôt par l'audition uni-auriculaire. J. S.

XXII. — **Les altérations cadavériques des cellules nerveuses étudiées par la méthode de Donaggio** ; par M. SCARPINI. (*in Revista sperimentale di Freniatria. Reggio en Emilie*, 1905, vol. XXXI, fasc. III, IV.)

Les expériences, faites sur des animaux, ont permis de constater que pendant les 24 premières heures on n'observe aucune modification neuro-fibrillaire vraiment importante ; vers la 30e heure la délicatesse de la cellule commence à se manifester par un réseau moins régulier et moins distinct ; en même temps, le réticulum présente des altérations.Les fibrilles longues prennent un aspect tortueux, le noyau est bien différencié et toujours nettement coloré. Puis le contour de la cellule devient moins net par la présence de granulations plus ou moins faiblement colorées qui envahissent la périphérie. La méthode de Nissl met bien en évidence ces altérations purement cadavériques de la cellule nerveuse. Cette méthode

de Donaggio, serait intéressante à appliquer à l'étude de la pathologie humaine, surtout dans l'anatomie pathologique des maladies nerveuses et mentales. J. S.

LÉGISLATION.

Proposition de loi sur les aliénés.

Voici le texte de la proposition de loi adoptée par la Chambre des députés dans sa séance du 22 janvier 1907, et soumise aux délibérations du Sénat.

Titre Premier. — **Des hôpitaux et établissements destinés au traitement des maladies mentales et à la garde des aliénés : des aliénés traités à domicile ; de la surveillance du service des aliénés.** — Section première : *Des hôpitaux et établissements destinés au traitement des maladies mentales et à la garde des aliénés ; des aliénés traités à domicile.*

Article premier. — L'assistance et les soins nécessaires aux aliénés sont obligatoires.

Art. 2. — Les établissements destinés au traitement et à la garde des aliénés sont de deux sortes : publics et privés. Les asiles publics doivent comprendre, à défaut et dans l'attente d'asiles spéciaux, des quartiers annexes ou des divisions pour les épileptiques, les alcooliques, les idiots et les crétins. Les alcooliques, les épileptiques, les idiots et les crétins continueront à être admis dans les asiles d'aliénés en attendant l'ouverture d'asiles spéciaux. Dans un délai de dix ans, les départements devront ouvrir des établissements spéciaux ou des sections spéciales destinés au traitement et à l'éducation des enfants idiots, imbéciles, arriérés, crétins ou épileptiques, et au traitement des buveurs. Plusieurs départements pourront se réunir pour créer ces établissements ou sections.

Les établissements prévus aux paragraphes précédents seront soumis à la surveillance instituée par la présente loi dans la mesure déterminée par un règlement d'administration publique. Les dépenses des malades ou infirmes qui y sont admis seront imputées et réglées conformément aux articles 56 et 57 ci-après.

Les départements sont autorisés à créer, suivant les besoins, des colonies familiales pour les aliénés qui y seront envoyés après un séjour d'observation dans les asiles. Ces colonies familiales seront confiées aux soins des médecins appartenant au service des aliénés. — Les départements pourront organiser l'assistance à domicile

les aliénés sous les conditions de placement prévues par la présente loi.

Art. 3. — Les établissements publics comprennent les asiles proprement dits, les quartiers d'hospice spécialement affectés aux aliénés et les pensionnats.

Les établissements privés comprennent les maisons de santé qui reçoivent des pensionnaires et les établissements dénommés asiles privés faisant fonctions d'asiles publics, qui reçoivent, en outre, en vertu de traités, les aliénés à la charge d'un ou plusieurs départements, jusqu'à l'exécution de l'obligation prescrite par le paragraphe 1er de l'article 4.

Nul ne peut créer ni diriger un établissement privé sans l'autorisation du Gouvernement et sans avoir déposé un cautionnement dont le montant sera déterminé par l'arrêté d'autorisation. Nul ne peut créer ni diriger un établissement quelconque destiné à traiter des malades pensionnaires et ne recevant pas d'aliénés, sans l'autorisation du Gouvernement. Ces établissements sont, ainsi que les asiles d'aliénés publics et privés, placés sous la surveillance de l'autorité publique.

Art. 4. — Chaque département est tenu d'avoir, dans un délai de dix ans, un établissement public destiné à recevoir les aliénés ou de traiter à cet effet avec un établissement d'un autre département. Jusqu'à l'expiration du délai prévu au paragraphe précédent, les départements pourront traiter avec les établissements privés sans que la durée du traité puisse excéder cette période décennale. Les traités passés par les départements avec un établissement public ou privé pour le traitement et la garde de leurs aliénés indigents doivent être approuvés par le ministre de l'Intérieur. Les règlements intérieurs des établissements publics ou privés consacrés aux aliénés sont soumis à l'approbation du ministre de l'Intérieur.

Deux ou plusieurs départements peuvent créer et entretenir à frais communs un asile public d'aliénés. Les conditions de leur association sont réglées par les délibérations des Conseils généraux intéressés, conformément aux articles 89 et 90 de la loi du 19 août 1871. — Il est statué par un décret rendu en Conseil d'Etat sur le mode d'administration de l'établissement. — Si un département n'a pas pris en temps voulu les dispositions nécessaires pour assurer l'exécution de l'obligation prévue au paragraphe premier, il pourra y être pourvu par décret rendu en Conseil d'Etat, et les dépenses nécessaires pour l'exécution du dit décret pourront être inscrites d'office par le ministre de l'Intérieur au budget départemental.

Art. 5. — Dans chaque département, il est institué une ou plusieurs Commissions de surveillance. La Commission de surveillance

est composée de six membres, savoir : deux conseillers généraux élus par le Conseil général, deux membres choisis par le préfet, dont un docteur en médecine, un juge titulaire ou suppléant, désigné par le tribunal de l'arrondissement où l'établissement est situé, et le curateur à la personne dont il est parlé à l'article 44 ci-après.

Le nombre des membres de ces commissions peut être augmenté par décision du ministre de l'Intérieur.

Dans ce cas, les membres supplémentaires sont nommés moitié par le Conseil général, moitié par le préfet.

Cette Commission a pour attributions : 1° de remplir les fonctions de conseil de famille à l'égard des personnes non interdites, placés dans les établissements publics ou privés et non pourvues d'un administrateur judiciaire ou datif ; 2° d'exercer sur les asiles publics départementaux une surveillance administrative et financière : 3° de contrôler dans les asiles privés et dans les asiles faisant fonction d'asiles publics, le régime des aliénés, l'exécution des règlements relatifs à ces asiles et des traités passés entre eux et les départements.

Quand deux départements auront créé à frais communs un asile d'aliénés, les deux préfets et les deux Conseils généraux se partageront le droit de nommer les membres de la Commission laissés à leur choix par le présent article. Les dispositions de cet article s'appliquent au cas où un département aura traité avec un département voisin pour la garde et le soin de ses aliénés.

Art. 6. — Les asiles publics sont administrés, sous l'autorité du ministre de l'Intérieur et des préfets des départements, par un directeur-médecin responsable. Les quartiers spéciaux annexés aux hôpitaux et hospices sont administrés par les Commissions administratives de ces établissements, ils sont assimilés aux asiles publics en ce qui concerne la direction médicale, le traitement et la surveillance des aliénés. Cette partie du service est confiée à un médecin en chef préposé responsable. Toutefois le ministre peut sur l'avis du Conseil supérieur de l'assistance publique et du Conseil général du département, ordonner la disjonction des fonctions de médecin et de directeur de l'asile public, ainsi que de celles de médecin et de préposé responsable d'un quartier d'hospice.

Dans les asiles où les services médicaux sont répartis entre trois médecins au moins, la réunion des médecins constitue le conseil des médecins de l'asile ; il y a un avis consultatif sur toutes les questions d'ordre médical. Le médecin-directeur en fait partie et le préside. Dans certains cas, le ministre de l'Intérieur peut, sur l'avis du Conseil supérieur de l'assistance publique et à la demande du Conseil général, adjoindre au directeur-médecin un secrétaire général, pour l'administration ou le décharger de tout service médi-

particulier. Les médecins traitants résident ou non dans l'asile vant la décision prise par le préfet après avis du Conseil général. peuvent exercer librement la médecine. Leur nombre sera déterné pour chaque asile par décret rendu en Conseil d'Etat, rès avis du Conseil supérieur de l'assistance publique.

Les médecins-directeurs et les médecins traitants ne peuvent re attachés par un intérêt quelconque à l'exploitation d'un asile rivé. Tout directeur d'asile privé faisant fonction d'asile public eut, dans les cas prévus par les règlements d'administration faits n exécution de la présente loi, être suspendu par un décret du Président de la République et remplacé par un régisseur provisoire. Le fonctionnaire chargé de la régie conserve tous ses droits à l'avancement et à la retraite. Cette régie provisoire ne peut avoir une durée de plus de six mois.

Art. 7. — Les médecins directeurs et les médecins préposés responsables sont choisis parmi les médecins traitants et nommés à la suite d'un concours public sur titres par le ministre de l'Intérieur. Les médecins traitants dans les asiles publics et les médecins des asiles privés faisant fonction d'asiles publics sont nommés par le ministre de l'Intérieur sur une liste dressée à la suite d'un concours public et annuel à l'exception des professeurs des facultés de médecine, chargés de l'enseignement clinique des maladies mentales, qui sont de droit médecins traitants des asiles d'aliénés destinés à cet enseignement. Les internes sont nommés au concours par le préfet.

Dans les asiles publics, les pharmaciens, les secrétaires généraux, les archivistes, les receveurs, les économes et autres employés ayant droit à une pension de retraite sont nommés par le préfet. Les nominations d'agents et infirmiers sont faites par le directeur-médecin dans les asiles et par le préposé responsable dans les quartiers d'hospice.

Art. 8. — Nul, en dehors des personnes ci-dessous exceptées par l'article 9, ne peut retenir une personne atteinte de maladie mentale dans un domicile privé sans qu'il en ait fait la déclaration écrite, dans le délai de quinze jours, au procureur de la République du domicile où elle est retenue. Il est joint à cette déclaration un rapport dressé par un docteur en médecine, conformément aux prescriptions des paragraphes 5 et 6 de l'article 13 ci-après. Si la personne qui retient ainsi un aliéné dans son domicile privé est médecin, elle ne peut dresser elle-même le rapport médical joint à la déclaration. Tout aliéné retenu dans un domicile privé, comme il vient d'être dit, est placé sous la surveillance instituée en exécution de l'article 10 ci-après. A défaut de la déclaration, il peut être pourvu au placement de l'aliéné, conformément à l'article 26 ci-après.

ART. 9. — Un aliéné peut être traité dans un domicile privé sans déclaration lorsque le tuteur, autorisé par le conseil de famille à se charger du traitement, le conjoint, l'un des ascendants ou l'un des descendants, le frère et la sœur, l'oncle ou la tante du malade réside dans le domicile et préside personnellement aux soins qui lui sont donnés. Si la nécessité de tenir le malade enfermé a duré trois mois, le tuteur, conjoint ou parent qui préside au traitement est tenu d'en faire la déclaration et de fournir le rapport médical prescrit par le paragraphe 2 de l'article précédent. Le procureur de la République peut, toutes les fois qu'il le juge nécessaire, demander qu'un nouveau rapport médical lui soit fourni.

Dans le cas où il serait reconnu que l'aliéné ne reçoit pas les soins suffisants, le tribunal, à la demande du procureur de la République ou d'un délégué spécial nommé par le conseil de famille, pourra ordonner en chambre du conseil qu'il sera confié à un autre parent ou même placé dans un asile. La décision est prise en présence du tuteur parent qui retient le malade ou après qu'il aura été mis en demeure d'intervenir. Appel pourra en être relevé par toute partie ou par le procureur de la République dans les cinq jours qui suivent celui où la décision aura été rendue. La Cour devra statuer en chambre du conseil dans la quinzaine à compter de la date de l'appel. (*A suivre*.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

Présidence de M. le Dr Jules VOISIN.

Séance du 15 *janvier et du* 19 *février* 1907.

La psychologie de l'entraînement.

M. LAGRANGE (de Vichy).— L'entraînement, conduit avec toute la prudence et les précautions voulues, a mérité de prendre rang en médecine et se place, dans certaines maladies, bien au-dessus des remèdes pharmaceutiques, mais le point de vue éducatif est aussi intéressant que le point de vue médical, dans l'utilisation des effets de l'entraînement corporel ; l'éducation morale n'étant autre chose qu'une suggestion lente et répétée et l'éducation intellectuelle n'étant que l'entraînement de l'esprit. Toutes les diverses facultés de l'esprit prennent une part considérable à l'éducation du corps, l'éducation physique porte toujours avec elle un certain degré d'éducation intellectuelle et morale. L'entraînement corporel pourrait être utilisé comme une sorte d'en-

constitue un signe important de tendance à la guérison. Ce retour doit donc être encouragé et favorisé par tous les moyens possibles.

L'écriture, a-t-on dit avec raison, est le geste de la pensée, il importe donc de reconstituer la possibilité de ce geste.

C'est dans ce but que depuis de longues années, je me suis appliqué à constituer les éléments d'une méthode psychothérapique basée sur des exercices d'écriture appliquée. Ces exercices doivent suivre une progression successive et comportent : 1° des exercices d'écriture dictée, 2° des exercices d'écriture copiée, 3° des exercices d'écriture volontaire. Dans chacun de ces exercices la plus grande application doit être exigée. Il s'agit, en effet, d'un exercice ayant pour but de mettre en jeu tous les phénomènes de l'attention. Le choix des phrases à dicter ou à copier joue un rôle important et autant que possible doit se rapporter aux besoins psychologiques du malade. Les maximes, les pensées, se rattacheront avec utilité à des idées relatives à la culture de la volonté, à l'éducation du caractère, au courage, à la force morale, etc.

Les résultats obtenus par l'intervention des exercices d'écriture appliquée dans le traitement psychothérapique sont si frappants que je n'hésite pas à exprimer l'opinion que la salle d'écriture devrait être instituée dans toute maison de santé consacrée au traitement des maladies nerveuses et dans tout asile d'aliénés. J'ajouterai que ces exercices d'écriture devront être effectués sous la direction du médecin. En effet, ils ne donneront tout leur effet que s'ils s'opèrent sous l'influence d'une autorité compétente, mettant au service du traitement toutes les ressources de l'habileté psychologique.

Valeur de la rééducation de l'attention dans le traitement de l'hystérie.

M. Paul MAGNIN. — Il ne suffit pas pour guérir la névrose d'employer la persuasion basée sur le raisonnement, de faire l'éducation de la raison et de la volonté. Une telle prétention est en contradiction avec le fond même de l'hystérie, qui est caractérisée avant tout par une faiblesse énorme de la synthèse mentale. L'étude des troubles de la mémoire et de la volonté chez les hystériques est, à ce point de vue, très intéressante. Les amnésies continues d'une part, les aboulies intellectuelles, de l'autre, se confondent intimement avec l'aprosexie, si grande, comme on le sait, chez ces malades et le rôle de la rééducation de l'attention apparaît précisément comme le plus important facteur de restauration de la volonté et surtout de la synthèse mentale.

Les divers agents physiques, qu'ils agissent uniquement par suggestion (plaques métalliques, aimants, etc.) ou qu'ils aient en

A la suite d'une discussion à laquelle prennent part, MM. Paul Farez, Bérillon, Lux, Cazaux, Voisin et Raffegeau, la Société décide de maintenir cette question à son ordre du jour.

De la valeur suggestive des médicaments en thérapeutique, en particulier dans le traitement de l'incontinence d'urine prise comme cas-type.

M. C. Hahn. — La suggestion involontaire joue un rôle immense sous toutes les formes dans la production de maints effets obtenus dans la thérapeutique de l'incontinence d'urine. Déjà en 1894 le Dr Bérillon soupçonna le rôle considérable joué en cas d'incontinence d'urine par la suggestion, dans les résultats obtenus par l'emploi des médications si multiples qui y furent appliquées. Il a bien montré que toute la différence dans l'action des médicaments actifs employés chez les incontinents pour vaincre les spasmes ou renforcer l'atonie des sphincters provient d'une façon générale de ce que l'on a affaire à des individus suggestibles ou autosuggestionnables à des degrés différents.

Au point de vue psychophysiologique l'état de confiance en leur guérison, auquel sont soumis un grand nombre d'individus autosuggestionnés sur la vertu curative de leurs remèdes, apporte la preuve que ce processus doit être généralisé à la marche clinique de toutes les maladies, il est donc nécessaire que le médecin exerce volontairement, d'une façon plus usuelle qu'il n'a encore été fait jusqu'à présent sa puissance persuasive à l'état de veille.

Psychothérapie graphique : importance des exercices d'écriture appliquée dans le traitement des aboulies.

M. Bérillon. — Les aboulies sont constituées par une association d'états de conscience parmi lesquels les plus apparents sont l'indécision, la sensation d'impuissance à agir et surtout la difficulté d'appliquer son attention, réalisant la distraction.

Mais à ces symptômes difficiles à analyser et à apprécier s'en joignent d'autres d'une constatation plus facile et plus précise, tels sont l'abolition du goût de la lecture et la dysgraphie.

Depuis longtemps, je suis frappé de ce fait que les véritables abouliques évitent de lire et ont le plus grand dédain pour l'écriture. Aussi de toutes les questions qu'on doit poser à un malade atteint de névrose ou de psychonévrose la plus importante est la suivante : Aimez-vous la lecture ? Lisez-vous ?

Tant qu'un malade aime la lecture et y trouve une satisfaction, le pronostic n'est pas défavorable. Il en est de même s'il a conservé le goût d'écrire. Par contre, le dégoût de la lecture et de l'écriture doit être envisagé comme un caractère d'aboulie confirmée et une disposition à l'aggravation de l'état pathologique. Au contraire le retour progressif de l'aptitude à lire et à écrire

constitue un signe important de tendance à la guérison. Ce retour doit donc être encouragé et favorisé par tous les moyens possibles.

L'écriture, a-t-on dit avec raison, est le geste de la pensée, il importe donc de reconstituer la possibilité de ce geste.

C'est dans ce but que depuis de longues années, je me suis appliqué à constituer les éléments d'une méthode psychothérapique basée sur des exercices d'écriture appliquée. Ces exercices doivent suivre une progression successive et comportent : 1° des exercices d'écriture dictée, 2° des exercices d'écriture copiée, 3° des exercices d'écriture volontaire. Dans chacun de ces exercices la plus grande application doit être exigée. Il s'agit, en effet, d'un exercice ayant pour but de mettre en jeu tous les phénomènes de l'attention. Le choix des phrases à dicter ou à copier joue un rôle important et autant que possible doit se rapporter aux besoins psychologiques du malade. Les maximes, les pensées, se rattacheront avec utilité à des idées relatives à la culture de la volonté, à l'éducation du caractère, au courage, à la force morale, etc.

Les résultats obtenus par l'intervention des exercices d'écriture appliquée dans le traitement psychothérapique sont si frappants que je n'hésite pas à exprimer l'opinion que la salle d'écriture devrait être instituée dans toute maison de santé consacrée au traitement des maladies nerveuses et dans tout asile d'aliénés. J'ajouterai que ces exercices d'écriture devront être effectués sous la direction du médecin. En effet, ils ne donneront tout leur effet que s'ils s'opèrent sous l'influence d'une autorité compétente, mettant au service du traitement toutes les ressources de l'habileté psychologique.

Valeur de la rééducation de l'attention dans le traitement de l'hystérie.

M. Paul Magnin. — Il ne suffit pas pour guérir la névrose d'employer la persuasion basée sur le raisonnement, de faire l'éducation de la raison et de la volonté. Une telle prétention est en contradiction avec le fond même de l'hystérie, qui est caractérisée avant tout par une faiblesse énorme de la synthèse mentale. L'étude des troubles de la mémoire et de la volonté chez les hystériques est, à ce point de vue, très intéressante. Les amnésies continues d'une part, les aboulies intellectuelles, de l'autre, se confondent intimement avec l'aprosexie, si grande, comme on le sait, chez ces malades et le rôle de la rééducation de l'attention apparaît précisément comme le plus important facteur de restauration de la volonté et surtout de la synthèse mentale.

Les divers agents physiques, qu'ils agissent uniquement par suggestion (plaques métalliques, aimants, etc.) ou qu'ils aient en

même temps une action propre (excitations mécaniques, courants électriques, massage vibratoire, gymnastique suédoise d'opposition, etc.) servent aussi grandement à la rééducation de l'attention, à la condition toutefois qu'ils soient bien employés. Cette méthode de la rééducation de l'attention est essentiellement due aux travaux français. Inaugurée par Charcot, développée par M. Janet, elle est celle qu'enseigne depuis près de quinze ans M. le professeur Raymond. Voilà bientôt dix ans qu'elle me donne les meilleurs résultats.

L'attention pourra être rééduquée à l'état de veille et avantageusement aussi à l'état d'hypnose quand faire se pourra ; mais il faut bien se souvenir que ce sont surtout les degrés du sommeil les plus rapprochés de l'état de veille qu'il faudra chercher à provoquer, les états d'inhibition légers dans lesquels la résistance pathologique du sujet sera éteinte, sans que soit abolie pour cela sa personnalité consciente.

Le cas de Soleillant devant la médecine psychiatrique

M. Félix Régnault. — Les journaux politiques ont entretenu et excité l'indignation publique contre Soleillant, au lieu de la calmer ; ils ont affirmé la complète responsabilité du criminel alors que, seul, le médecin légiste a le droit de se prononcer sur ce point. La plupart des violateurs et assassins d'enfants sont des aliénés et des irresponsables, plus un crime est horrible et maladroit, plus il y a chance qu'il ait été accompli par un fou. Vacher le tueur de bergers avait à la base du cerveau une balle qu'on trouva à l'autopsie ; Menesclou était atteint de méningite chronique et pourtant, tous deux ont été guillotinés. Quelques particularités de son interrogatoire obligent à rechercher si Soleillant n'a pas commis son crime pendant une sorte d'absence comportant l'oubli de quelques actes faisant partie d'une série bien coordonnée.

BIBLIOGRAPHIE

VI. — *Rapport sur l'asile public d'aliénés de la Haute-Garonne pour l'exercice* 1905 ; par le Dr Dubuisson, médecin-directeur.

Existants au 1er janvier 1905, 455 H., 475 F., total 930. Entrées dans l'année, 72 H. et 103 F. Sorties et décès, 105 H. et 102 F. Restants au 31 décembre 422 H. et 476 F. Total : 898.

Recettes ordinaires...........	515.349 fr. 10
Dépenses ordinaires..........	487.237 fr. 27
Excédent de recettes.....	28.111 fr. 83

Le prix de revient d'un aliéné indigent est, pour 1905, de 1 fr. 327.

Le département de la Haute-Garonne paie pour ses malades indigents 0 fr. 90. M. le Dr Dubuisson rappelant que dans les asiles de France, non compris ceux de la Seine, le prix moyen de la journée est de 1 fr. 12, demande de porter ce prix à un franc et il a raison, car il reste encore beaucoup à faire à l'asile et l'augmentation de traitement du personnel de surveillance porté, selon les classes, à 20, 25, 30 et 35 fr. par mois pour les femmes, et à 30, 35, 40 et 45 fr. pour les hommes, occasionnera une dépense supplémentaire de 8,000 fr. » C'est là une réforme indispensable. Si l'on veut que les malades soient bien soignés il faut rémunérer convenablement le personnel et il faut l'instruire. D'où la réalité d'avoir une bonne école d'infirmiers et d'infirmières à Toulouse et des cours spéciaux à l'asile de Braqueville.

Sorties par guérison, 19 ; par amélioration, 8 ; décès 123. La population au 31 décembre 1905, qui était de 898, comprenait 534 aliénés indigents de la Haute-Garonne, 248 au compte de la Seine, 10 au compte d'autres départements, 105 pensionnaires placés volontairement et 1 militaire au compte du Ministère de la Guerre. — Parmi les *admissions*, signalons 14 cas de *folies alcooliques*, au lieu de 6 en 1904 et les vieillards de 61 à 70 avec 18 admissions ; de 71 à 80 ans 16.

« Sûrement et bien malgré nous, nous empiétons sur le domaine des hospices d'incurables, dit M. le Dr Dubuisson. D'une façon absolue, on peut interner, comme atteints de démence, les trois quarts au moins des ramollis apoplectiques de 70 à 80 ans, mais même lorsque ces pauvres vieux sont bruyants, gâteux, excitables, puisqu'ils ne peuvent pas se mouvoir, ils ne sont guère dangereux pour la sécurité publique, et alors disparaît une des conditions requises pour l'internement. Il faudrait assister ailleurs qu'à l'asile les ramollis de 70 à 80 ans et même au-delà. Nous répétons qu'il ne faut pas attendre, pour conduire les malades à l'asile qu'ils soient incurables, qu'il faut surtout intervenir hâtivement quand les malades refusent de s'alimenter, et, dans tous les cas, ne pas les ligoter avec de grosses cordes d'écurie et pas davantage avec des ficelles coupantes; un mouchoir, une serviette pliés en pointe comme un foulard, suffisent à maintenir les plus agités.

« Quarante-deux d'entre nos pensionnaires ont bénéficié pendant l'année dernière, avant la sortie définitive, de *sorties à titre d'essai*. Celles-ci ne sont ni autorisées ni mêmes prévues dans la loi de 1838, mais nous y avons recours toutes les fois que s'y prêtent l'état de l'interné en voie d'amélioration et le milieu où il doit vivre pour parfaire sa guérison.

« Nous restons convaincu qu'il faudrait un mode d'assistance,

permettant de ne pas jeter à la rue un certain nombre d'infirmes mentaux dont il serait possible de débarrasser les asiles, s'il existait un établissement approprié pour les accueillir.

« En 1905, il y a eu 123 décès. A signaler le chiffre toujours élevé de nos décès par tuberculose pulmonaire, 17, et par infection tuberculeuse d'autres organes, 4, soit au total 21. Il est plus que jamais à désirer que nos ressources nous permettent de faire ce qu'il faut pour isoler et traiter nos tuberculeux comme il conviendrait. » Nous appuyons ce vœu bien justifié. M. Dubuisson fait remarquer l'absence de décès par suite de la *fièvre typhoïde* qui avait causé l'année dernière la mort de 9 malades et de 3 infirmiers, cet heureux résultat est dû a la substitution d'une bonne eau potable à une eau mauvaise.

Nous prions tous les médecins directeurs, les directeurs administratifs et les médecins en chef de nous envoyer *deux* exemplaires de leurs rapports que nous nous ferons un devoir d'analyser, soit dans le *Progrès Médical*, soit dans les *Archives de Neurologie*.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Du rôle de l'alcoolisme dans la production de la folie

Paris, le 25 février 1907.

Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, à Messieurs les Préfets.

Je tiens à connaître et à pouvoir renseigner le Parlement. de façon aussi exacte que possible, sur l'importance du rôle joué dans l'aliénation mentale par l'alcool et les boissons à base d'alcool, contenant des essences. Vous voudrez donc bien faire remplir avec soin et me retourner, dans un bref délai, des tableaux correspondant à chacun des établissements d'aliénés situés sur le territoire de votre département (asiles publics, quartiers d'hospice, asiles privés faisant fonction d'asiles publics, maisons de santé); vous observerez que ces renseignements ont un caractère scientifique et impersonnel et que les malades visés ne doivent y être désignés que par des numéros d'ordre. Afin de rendre le dépouillement moins malaisé il est indispensable que ces tableaux soient dressés sur un type uniforme : voici, à ce sujet, les prescriptions qu'il conviendra de suivre.

I. — Les malades que nous nous proposons de dénombrer seront classés en trois groupes :

A) Le premier comprendra tous les cas d'alcoolisme simple, quelle qu'en soit la forme (confusion mentale, délire hallucinatoire, épilepsie, affaiblissement des facultés, paralysie générale, etc.) où l'intoxication alcoolique a été reconnue comme cause *exclusive* des troubles cérébraux.

B) Le second groupe comprendra les cas d'alcoolisme présentant l'un ou l'autre de ces caractères, savoir : que le cas soit compliqué de dégénérescence ou de débilité mentale, ou qu'il y ait de l'alcoolisme caractérisé chez les ascendants, une colonne spéciale sera consacrée à chacune de ces deux circonstances spéciales ; on ne perdra pas de vue qu'il s'agit là, non d'une description, mais d'un simple dénombrement.

C) Enfin le troisième groupe comprendra les cas de folies de toute espèce (manie, folie intermittente, paralysie générale, délires systématisés, etc.) qui, sans être des cas d'alcoolisme proprement dits, comptent l'intoxication alcoolique au nombre de leurs causes déterminantes.

II. — Je formulerai ici diverses observations générales ; vous recommanderez aux auteurs de ce travail de s'y conformer. 1° à chaque groupe devront correspondre deux tableaux distincts, l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes ; 2° il serait extrêmement désirable que, sur chaque feuille les malades fussent inscrits par rang d'âge, les plus jeunes étant cités les premiers ; 3° chaque tableau devra indiquer, en autant de colonnes distinctes :

1. Le numéro d'ordre du malade sur le tableau ; 2° l'âge au 1er janvier 1907 (on comptera l'âge en années, en indiquant comme âgé de 56 ans par exemple, le malade ayant, à cette date, dépassé cet âge de moins de 6 mois, et comme âgé de 57 ans le malade ayant dépassé 56 ans de plus de 6 mois) ; 3° l'âge du malade lors de son entrée ou de sa première entrée dans un établissement d'aliénés. 4. Le département d'origine du malade ; 5° s'il y a lieu, le département, autre que le précédent, où le malade a contracté ses habitudes alcooliques ; 6° la profession.

4° Chaque tableau comportera une dernière colonne dans laquelle sera notée la boisson habituelle qui paraît la plus directement responsable de l'état du malade ; on indiquera, en particulier, si l'absinthe doit être incriminée à titre principal ou accessoire. 5° Nous aurons ainsi neuf colonnes pour chaque tableau B ; elles seront disposées comme suit :

B. — *Alcoolisme compliqué de dégénérescence ou débilité mentale ou d'hérédité alcoolique.*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Numéros d'ordre.	Age au 1er janvier 1907.	Age d'entrée.	Département d'origine.	Département d'origine alcoolique.	Profession.	Cas où l'alcoolisme est compliqué de dégénérescence ou débilité mentale.	Cas où l'alcoolisme est compliqué d'hérédité alcoolique.	Boisson alcoolique responsable. Absinthe.
1...								
2...								
3...								
4...								

6° Il va de soi que pour chaque tableau A ou C, les colonnes 7 et 8 disparaîtront, le titre général du tableau se suffisant à lui-même. 7° On aura soin de ne pas faire de répétition, un malade ne devant figurer que sur un seul tableau (A, B ou C). — 8° Enfin, sur feuille spéciale, on marquera le nombre des alcooliques de tout ordre se trouvant, au 1er janvier 1907, dans l'établissement (ce sera la somme des articles ci-dessus détaillés). et si possible le nombre correspondant pour les années 1897, 1887, 1877, 1867.

Au moment où les méfaits de l'alcoolisme sollicitent l'attention de tous, le Gouvernement a décidé de collaborer de tout son effort avec le Parlement pour combattre ce fléau social et d'abord pour en fixer nettement l'étendue ; il ne vous échappera pas, Monsieur le Préfet, quelle importante contribution la présente statistique apportera à cette étude. Je compte sur le zèle éclairé de tous pour me permettre de réunir le plus tôt et dans les meilleures conditions possibles, ces éléments d'information.

Pour le président du Conseil, ministre de l'Intérieur,
Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques.

MIRMAN.

VARIA

Internat des asiles de la Seine.

Service des Aliénés de la Seine. — *Concours* pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine, dans les Asiles publics d'aliénés du département de la Seine : Asile Clinique, Asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif, Maison-Blanche, Moisselles, et l'Infirmerie Spéciale des Aliénés à la Préfecture de police.

Le lundi 8 avril 1907, à deux heures précises, il sera ouvert, à la préfecture de la Seine, à Paris, un Concours pour la nomination aux places d'Interne titulaire en Médecine dans lesdits établissements. Les candidats qui désirent prendre part à ce Concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, Service des Aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de *dix heures à midi* et de *deux à cinq heures*, du lundi 11 au samedi 23 mars 1907 inclusivement.

Conditions de l'admission au Concours et formalités à remplir : Pourront prendre part au Concours des Docteurs en Médecine munis du diplôme délivrés par les Facultés de l'Etat et les Etudiants ou Etudiantes en médecine, sans distinction de nationalité, possédant seize inscriptions de doctorat. Les Candidats devront, pour être inscrits au Concours, produire les pièces suivantes à la Préfecture de la Seine (Service des Aliénés) ; 1° Expédition d'acte de naissance ; 2° Extrait du casier judiciaire ; 3° Certificat de revaccination ; 4° Diplôme de docteur en médecine ou certificat de seize inscriptions prises dans une des Facultés ou Ecoles de médecine de l'Etat. Ce dernier certificat devra indiquer que l'intéressé n'a pas subi de peines disciplinaires graves ; 5° Certificat de bonnes vie et mœurs, délivré par le maire de la commune ou le commissaire de police du quartier ; 6° Certificat de l'Assistance publique indiquant les services hospitaliers du Candidat et témoignant qu'il n'a pas subi de peines disciplinaires graves.

Les Candidats devront en outre n'avoir pas atteint l'âge de trente ans révolus au 1er avril de l'année où aura lieu le Concours. Les années de présence sous les drapeaux accomplies par les Candidats français ne seront pas comptées dans ce délai. La liste des Candidats sera close quinze jours avant la date de l'ouverture du Concours.

Les épreuves du Concours sont les suivantes : 1° Une composition écrite de trois heures, sur un sujet de pathologie externe

(médecine et chirurgie). Il sera accordé trente points pour cette épreuve. Elle pourra être éliminatoire si le nombre des Candidats dépasse le triple des places vacantes. 2° Une épreuve écrite de deux heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux. Il sera accordé vingt points pour cette épreuve. 3° Une épreuve orale de dix minutes sur une question de garde. Sur ces dix minutes, cinq pourront être utilisées par le Candidat pour la réflexion. Il sera accordé quinze points pour cette épreuve. Par question de garde on doit entendre une épreuve orale relative à la conduite immédiate à tenir par le médecin en présence d'un cas clinique urgent de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique.

Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les Candidats porteurs d'un bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur admission au Concours. Le sujet des compositions écrite est le même pour tous les Candidats ; il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le Jury immédiatement avant l'ouverture de la séance. Pour l'épreuve orale, la question sortie est la même pour ceux des Candidats qui sont appelés dans la même séance. Elle est tirée au sort comme il est dit ci-dessus. L'épreuve orale peut être faite en plusieurs jours, si le nombre des Candidats ne permet pas de la faire subir à tous dans la même séance ; dans ce cas, les questions sont rédigées par le Jury chaque jour d'épreuves, au nombre de trois, immédiatement avant d'entrer en séance.

Les Candidats qui doivent subir l'épreuve orale sont tirés au sort avant l'ouverture de chaque séance. L'épreuve orale est publique. Le jugement définitif porte sur l'ensemble des épreuves. Il pourra être nommé des internes provisoires en nombre égal au nombre des internes titulaires.

Les internes nommés dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen entreront en fonctions le 1er mai qui suivra l'ouverture du Concours. La durée des fonctions des Internes titulaires est de trois ans ; celle des fonctions d'interne provisoire, d'une année. Les fonctions d'interne dans les Asiles sont incompatibles avec les fonctions d'interne ou d'externe dans les hôpitaux, hospices ou autres établissements. Les internes provisoires peuvent se représenter au Concours pour les places d'internes titulaires, sous réserve des conditions ci-dessus. La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait au 1er mai de chaque année. Les internes de première année choisissent leurs places d'après l'ordre de classement. Pour les années suivantes, le choix se fait suivant l'ordre d'ancienneté, tous ces choix ne seront définitifs qu'après ratification par l'Administration.

A l'expiration de leurs fonctions, les internes qui auront soutenu leur thèse pourront être autorisés à faire une quatrième

année d'internat et ceux qui auront passé avec succès le Concours de l'adjuvat pourront être maintenus en fonctions une cinquième année. Ces prorogations seront autorisées par décisions préfectorales sur demandes motivées du chef de service. Un interne ne pourra rester plus de deux ans dans le même service ; toutefois, cette règle ne sera pas appliquée aux internes prorogés, qui resteront affectés au service auquel ils étaient attachés, l'année précédant leur prorogation.

Les traitements alloués aux internes sont fixés de la manière suivante :

	Traitement.
1re année	800 francs.
2e année	1.000 —
3e année	1.200 —

Les internes qui, exceptionnellement, ne seraient ni logés ni nourris dans l'établissement, recevront les indemnités représentatives de logement et de nourriture suivantes :

	Indemnité représentative de logement.	Indemnité représentative de nourriture.
1re année	600 francs	900 francs.
2e année	600 —	900 —
3e année	600 —	900 —

L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages en nature d'un interne titulaire de première année, chaque fois qu'il est appelé à faire un remplacement. Les internes reçoivent, en outre, une indemnité de déplacement de 300 francs pour Villejuif et de 400 francs pour les Asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Maison-Blanche et Moisselles. Les internes appelés à rester en fonctions après leurs années d'internat, reçoivent un traitement de 1.400 francs pendant la quatrième année et de 1.600 pendant la cinquième année. Ils continuent, comme pendant les trois premières années, à jouir des avantages en nature ou des indemnités représentatives ci-dessus suivant la situation de l'établissement auquel ils sont attachés. Ceux de l'Infirmerie spéciale des Aliénés de la Préfecture de Police, recevront le traitement ainsi que les avantages en nature ou les indemnités représentatives, dans les proportions fixées par la Préfecture de police.

Nous rappelons à ce propos que les candidats trouveront la liste des *questions écrites* et des *questions orales* traitées depuis des années, dans le *Numéro des Etudiants* du *Progrès médical.*

Statistique des anormaux.

	De 1 an à 6 g.	De 1 an à 6 f.	De 6 ans à 13 g.	De 6 ans à 13 f.	De 14 ans à 21 g.	De 14 ans à 21 f.	Total général
Aliénés.........	2	1	22	12	223	151	411
Aveugles........	2	1	4	7	12	11	37
Sourds-muets...	2	5	47	70	98	114	336
Epileptiques....	57	23	125	167	202	31	875
Hystériques.....	»	»	4	5	4	67	90
Idiots, débiles...	82	78	364	285	912	584	2.305
Curables........	»	»	»	»	»	»	247
							4.031

dont 247 curables.

Ces 4.031 enfants et adultes sont placés dans les asiles ou les hospices.

Les idiots, les débiles (1) d'un an à 21 ans sont au nombre de 2.305. Si l'on y ajoute les aliénés, les épileptiques et les hystériques, on a un total de 3.781. Cette statistique a été faite pour 1906 ; elle comprend les *asiles* et les *hospices*. La statistique que nous avons dressée pour la fin de 1903 et ne comprenant que les malades de 2 à 18 ans nous a donné les résultats suivants : idiots et épileptiques des *asiles*, 1206 ; *asiles-écoles* de la Seine 1079, total : 2276. (2).

Il est dit dans cette statistique que nous devons à l'obligeance de la direction de l'assistance publique au ministère de l'Intérieur qu'il y a 247 malades curables ? Qu'entend on par *curables* ? qui peuvent être guéris ? Ce mot ne s'applique guère aux idiots, c'est *améliorables* qu'il aurait fallu dire. Ainsi que nous l'avons souvent dit, l'incurabilité ne peut être prononcée qu'après une application sérieuse du traitement médico-pédagogique pendant 2 ou 3 ans.

Comité national français pour l'étude et la protection de l'enfance anormale.

Le but du comité est : 1° de grouper les philanthropes, les médecins et les éducateurs qui s'intéressent aux enfants anormaux de France et de rendre leurs efforts plus féconds par l'union ; 2° d'étudier, dans des réunions et dans des congrès organisés par

(1) Les mots *débilité mentale*, employés par quelques médecins font double emploi avec les mots *imbécillité simple et arriération*. Ils devraient être réservés pour les adultes et surtout pour les vieillards qui, de riches intellectuellement, deviennent pauvres. C'est le commencement de la démence.

(2) Bourneville. — *Statistique et enseignement des enfants idiots et épileptiques internés dans les asiles d'aliénés*. In-octavo de 24 pages. Cette brochure a été distribuée en 1904 aux membres de la commission de surveillance des asiles de la Seine, de la 3ᵉ commission du Conseil général, de la commission ministérielle des anormaux. Elle a paru aussi dans notre compte-rendu de 1904.

lui les questions relatives à l'éducation, au traitement, à l'étude et à l'assistance de ces enfants ; 3° de vulgariser les résultats de ses études par la voie de son bulletin officiel, de conférences, brochures, etc. ; 4° de provoquer la fondation dans les villes importantes, et plus spécialement dans les villes possédant une Université, de groupes régionaux, affiliés au Comité, mais autonomes ; ces groupes ayant pour mission de fonder ou de faire fonder par les pouvoirs publics ou par l'initiative privée des établissements médico-pédagogiques régionaux ou de patronner s'il y a lieu les établissements de ce genre déjà existants ; de fonder ou de faire fonder des asiles-ateliers pour anormaux adultes améliorés ; de patronner, après leur sortie des établissements médico-pédagogiques, les enfants anormaux guéris et de leur procurer autant que possible les moyens de gagner leur vie honnêtement; 5° de participer par ses délégués aux travaux du Comité international pour l'Etude de la Protection de l'Enfance anormale.

Le Comité comprend : 1° des membres fondateurs, versant un droit d'admission de 250 francs et une cotisation annuelle de 20 francs au minimum ; 2° des membres honoraires versant une cotisation annuelle de 20 francs au minimum (cette cotisation peut être rachetée par un versement unique de 250 francs : il en est de même pour celle des membres fondateurs ; 3° des membres actifs versant une cotisation annuelle de 5 francs au minimum.

Le Comité publie un bulletin : *L'enfance anormale*, sous la direction de M. Louis Grandvilliers, dont le dévouement est connu de tous. Adresser les adhésions au secrétaire général, M. Louis Grandvilliers, à Meyzieux (Isère), qui enverra sur demande le texte complet des statuts. Nous ne saurions trop engager nos lecteurs à encourager cette œuvre d'une utilité de premier ordre.

ENFANTS ARNORMAUX.

Le numéro de janvier des *Annales de l'Alliance d'hygiène sociale*, présidée par M. Casimir-Périer, dont tout le monde regrette profondément la mort prématurée, est consacré tout entier au *Recensement des enfants anormaux* des écoles publiques de garçons de la ville de Bordeaux. Ce *recensement* est exposé dans le *rapport général* de la commission d'enquête présenté par notre distingué collaborateur M. le Dr Jean ABADIE qui mérite les plus grands éloges pour la façon dont il s'est acquitté de sa tâche difficile.

INTERNAT DES ASILES D'ALIÉNÉS DU NORD. — Le jury du concours d'internat des asiles d'aliénés a été ainsi constitué. MM. les Prof. COMBEMALE, président : SURMONT, INGELRANS ; les Drs CHOCREAUX, médecin en chef de Bailleul, CHARDON, médecin en chef de l'asile d'Armentières ; M. le Dr RAVIART, médecin-adjoint de l'Asile d'Armentières, juge suppléant.

FAITS DIVERS

MÉDECIN HONORAIRE DE CHARENTON. — M. le Dr ANTHEAUME, démissionaire, est nommé médecin honoraire, en reconnaissance des services rendus à la Maison nationale de Charenton.

ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DE CLERMONT (Oise). — Une place d'interne de médecine est actuellement vacante à l'Asile des aliénés de Clermont. Les avantages attachés à cette fonction sont les suivants: Indemnité annuelle, 800 fr. logement. nourriture, blanchissage, éclairage et chauffage. Conditions : Nationalité française, seize inscriptions valables pour le doctorat en médecine, certificat de bonne vie et mœurs. Adresser les demandes à M. le directeur de l'asile de Clermont.

ASILES D'ALIÉNÉS. — *Concours de l'adjuvat.* — Les candidats au nombre de 26, ont eu à traiter comme question d'anatomie et de physiologie: *Nerf optique, anatomie et physiologie.* — Questions restées dans l'urne ; 1° Capsule interne : anatomie et physiologie ; 2° racines des nerfs rachidiens : anatomie et physiogie. — Comme question d'Administration et de législation : 1° *Responsabilité des médecins-directeurs et des médecins en chef dans les cas d'évasion, suicide, ou d'accidents graves.* — Les questions restées dans l'urine étaient : 1° Conditions juridiques des aliénés internés et non internés (Leurs droits civils et politiques). — 2° Des relations de l'aliéné avec l'extérieur (Visites et correspondance. — Droits et obligations de contrôle du médecin.

Huit candidats appartiennent au cadre des Asiles de la Seine. Le nombre des places à distribuer est de 8.

Séance du 4 mars 1907. Candidats admissibles aux épreuves orales. — MM. les docteurs Charpentier, 43 points 1/2 ; Dupouy. 42 p. ; Alaize, 40 p. 1/2 ; Audemard, 39 p. ; Robert, 38 p. 1/2 ; Rougean, 37 p. 1/2 ; Schwartz, 37 p. 1/2 ; Albès, 37 p. ; Courbon, 37 p. ; Arsimoles. 36 p. ; Fournial, 35 p. 1/2 ; Olivier, 35 p. 1/2 ; Olivier, 35 p. 1/2 ; Carrier, 34 p. ; Loup 32 p. 1/2 ; Corcket, 31 p. ; Bourilhet, 30 p. 1/2 ; de Lavaissière, 30 p.

ASILE D'ALIÉNÉS DE LA SEINE-INFÉRIEURE. — M. CANTEL a été nommé, après concours, interne titulaire à l'asile St-Yon. Le jury était composé de MM. Pennètre, président ; Cerné, Giraud. Lallemand et Pochon.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères et Thiron.

Vol. 1. 3e Série. Avril 1907. N° 4

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE

Formes mélancoliques de la démence précoce (Période initiale) ;

Par Mlle **PASCAL**.

(Travail du Service de M. Sérieux, à la Maison de santé de Ville-Evrard).

Guislain et Zeller affirmaient qu'au début de toutes les affections de l'âme on rencontre une période triste, la mélancolie. On sait actuellement que cette opinion ne correspond pas à tous les faits cliniques et qu'il y a des maladies mentales dont le début est caractérisé par un état spécial de suractivité organique et d'exaltation psychique. Toutefois la démence précoce, comme le prouvent les statistiques, débute *presque toujours* (sauf dans ses formes fébriles) par des phénomènes particuliers où se reflète l'abaissement du ton affectif et du ton vital.

Au congrès de Lille, j'ai apporté le résultat de mes études sur la période prodromique de 75 déments précoces de la maison de santé de Ville-Evrard. Chez aucun de ces malades je n'ai trouvé cette période d'excitation euphorique ou de dynamie fonctionnelle que Maudsley a signalée au début de la démence sénile et que M. Régis a magistralement décrite à la période d'invasion de la paralysie générale. Il n'y a chez les déments précoces aucun état d'optimisme ni d'exaltation des facultés avant la déchéance évidente ; de leur vie habituelle ils passent par une phase d'abaissement progressif de toutes les facultés psychiques et organiques où dominent la torpeur et la dépression morale.

En étudiant ces états dépressifs prodromiques, j'ai pu isoler une *forme neurasthénique*, une forme *neurasthénico-hystérique*, et une *forme mélancolique*. La forme mélancolique de la démence précoce représente le plus haut degré de la dépression physique et morale.

L'apparition des phénomènes aigus (conceptions délirantes, hallucinations, anxiété, stupeur) pendant l'évolution de cet état dépressif, permet de considérer la mélancolie comme une forme appartenant à la fois à la période prodromique et au stade initial (début apparent) qui nécessite l'internement.

Si la période prodromique appartient aux praticiens, la période initiale est exclusivement du ressort des aliénistes. Son étude est de la plus haute importance, car il s'agit de découvrir les traits fondamentaux de la démence précoce au milieu des troubles aigus fortement dissemblables les uns des autres.

Comme dans la paralysie générale et la démence sénile, sur le fond constant et essentiel de l'affaiblissement intellectuel, se greffent des symptômes psychiques et délira- accessoires et variables. Ces phénomènes secondaires revêtent l'aspect clinique de toutes les psychoses aiguës. Ainsi, on rencontre au stade initial de la démence précoce toutes les variétés psychosiques connues : *états mélancoliques* ; *états maniaques* ; *états mixtes* (*mélancolico-maniaques*) : *états confusionnels* : *délires pseudo-systématisés*, etc.

M. Meeus, dans son remarquable travail sur la démence précoce (1), où il étudie 40 cas, nous donne des renseignements précis sur la période initiale (période d'augment, de 29 malades.

10 cas : mélancolies.
8 cas : états délirants et hallucinatoires.
7 cas : manies.
4 cas : stupidités.

M. le D[r] Albrecht, de Riga (2), apporte une statistique

(1) MEEUS. — *De la démence précoce.* (*Journal de Neurologie*, 20 nov. 1902).

(2) ALBRECHT. — *Contribution à l'étude de la symptomatologie de la démence précoce* (*Allg. Zeit. f. Psychiatr.*, 1905).

sur 202 déments précoces de l'asile de Treptow. Le titre de démence précoce s'applique à la modalité mordide décrite par Krœpelin. Ces démences précoces se décomposent ainsi :

82 démences paranoïdes.
64 catatonies.
56 hébéphrénies.

La dépression a constitué le début de l'affection dans la proportion de 53 pour 100 à peu près ; elle a débuté par de l'excitation maniaque dans 10 % : le début en a été indéterminé dans 34 %. La dépression initiale est surtout fréquente dans la catatonie (63 %) ; elle l'est moins dans la démence paranoïde (52 %), le début indéterminé et généralement chronique s'observe plus que la dépression initiale dans l'hébephrénie ; le premier y est de 43 % la seconde de 40 %.

M. Ley, médecin en chef de santé du Fort-Jaco à Uccle, (Bruxelles) a bien voulu nous envoyer la statistique suivante :

11 cas : états dépressifs.
4 cas : états confusionnels.
2 cas : états mixtes maniaco-dépressifs.
1 cas : stupeur.

M. Baruk, médecin directeur de l'asile d'Alençon, nous a également communiqué le résultat de ses recherches portant sur 20 malades.

6 cas : mélancolies.
6 cas : états maniaques.
5 cas : confusion mentale.
2 cas : démence d'emblée.
1 cas : délire hallucinatoire aigu.

L'analyse des 20 observations publiées dans la thèse de Trepsat (1) nous permet de les répartir ainsi :

7 cas : mélancolies.
4 cas : états maniaques.
4 cas : états mixtes (mélancolie et agitation).

(1) TREPSAT. — *Etude des troubles physiques dans la démence précoce.* Thèse de Paris, 1905.

3 cas : confusions mentales.
2 cas : début fébrile.

Dans la thèse de Chenais (1), sur 19 catatoniques nous trouvons :

7 cas : mélancolies
6 cas : états maniaques.
5 cas : états mixtes.
1 cas : confusion mentale.

Notre étude sur 75 déments précoces nous fait constater les faits suivants :

Période prodromique.

65 cas : états dépressifs (neurasthénies et mélancolies).
6 cas : états neurasthénico-hystériformes.
4 cas : états psychasthéniques (neurasthénies avec obsessions et phobies.)

Période initiale.

35 cas : mélancolies.
21 cas : états mixtes (maniaco-dépressifs ou états de stupeur suivis d'agitation).
13 cas : états maniaques.
4 cas : états confusionnels.
2 cas : délires pseudo-systématisés à base d'interprétation délirante.

Tous ces faits nous démontrent que les états dépressifs prédominent non seulement à la période prodromique, mais encore à la période initiale. Ils nous apprennent également qu'à la phase mélancolique succède souvent une période d'agitation maniaque. Ces *états mixtes* se trouvent à la période initiale de toutes les variétés de la démence précoce : ils ne sont pas spéciaux à la catatonie, comme l'avait établi Kahlbaum.

Les états mélancoliques symptomatiques de la démence précoce ont été signalés depuis longtemps par d'éminents auteurs : Kahlbaum, Haeker, Brosius, Daraszkievicz, Kræpelin, Ziehen, etc. Tous ont insisté sur leur prédominance au début de cette affection. M. Masselon, dans

(1) CHENAIS. — *Recherches sur les symptômes de la démence précoce*. Thèse de Paris, 1902.

son intéressant ouvrage sur la mélancolie, en a montré galement l'importance diagnostique et pronostique. On peut donc affirmer que la *dépression morale* constitue dans la majorité des cas le fonds principal de la démence précoce ; on l'y trouve à tous les degrés et sous tous les aspects cliniques. On peut rencontrer sur une série de malades différemment atteints ou suivre sur le même individu toutes les étapes depuis la dépression simple jusqu'à l'etat mélancolique le plus accusé (anxiété, délire ou stupeur).

Nous avons vu en étudiant la forme neurasthénique (1) comme les réactions individuelles sont variables ; nous avons vu également que c'est d'elles que dépendent toutes les modalités et les nuances cliniques de la période prodromique. Les différences de sensibilité font les différences de manifestations initiales. Les déments précoces mélancoliques sont des malades qui, au début de leur affection, souffrent de leurs modifications organiques et psychiques. La souffrance met en évidence les qualités de résistance et d'énergie vitales. Ce fait souligne ce que M. Masselon a fort bien formulé : « La douleur morale est le résultat de la conscience que le sujet prend de son arrêt mental par suite du relèvement de ses tendances fondamentales ».

Dans ces cas, la douleur morale luit un moment dans le champ de la conscience et ne fait place qu'au bout d'un certain temps à l'indifférence émotionnelle. Mais la mélancolie comme la neurasthénie n'est qu'un voile jeté sur la démence. Celle-ci se manifeste dans l'expression de *l'etat mental*, dans *les conceptions délirantes* et dans les *réactions morbides*.

Troubles intellectuels. — Lorsque le déficit intellectuel est manifeste et la douleur morale passagère comme dans les formes rapides (la catatonie principalement), le diagnostic est plus facile à établir. Mais le plus souvent, le déficit intellectuel est peu appréciable à cette période. Pour en mesurer le degré, on est obligé de recourir aux diverses épreuves employées pour l'évaluation de l'in-

(1) Mlle Pascal.— *Pseudo-neurasthénie prodromique de la démence précoce.* (*Presse médicale*, 19 janvier 1907).

telligence. Les épreuves de Masselon (1), de Ziehen (2) et d Ebbinghaus (3), permettent de déceler les moindres troubles de la synthèse mentale : attention volontaire, attention spontanée, associations des idées, évocation des images. Pour Ziehen, il serait désirable qu'on fit de telles recherches sur les individus sains et particulièrement sur les soldats. Cet auteur a pu, grâce à ces procédés, diagnostiquer trois cas d'hébéphrénie à début mélancolique chez des jeunes soldats.

Les malades qui se plaignent spontanément se prêtent plus facilement à l'examen clinique. Il faut alors les *écouter parler* et analyser les raisonnements, les interprétations et toutes les tentatives de ces malades pour expliquer les modifications survenues dans leur état mental. Griesinger écrit : « La loi de causalité exige que toute tristesse ait un motif et une cause, etc. » et M. Dumas dit à ce sujet : « C'est un besoin interne de logique, une horreur inconsciente ou consciente de l'absurde qui déterminent et coordonnent les associations d'idées ».

Dans la démence précoce, la conscience est moins claire et le raisonnement moins bien marqué. Le malade sent les modifications de son état psychique, mais il ne les explique pas avec la logique des mélancoliques. Les associations des idées ne sont pas guidées exclusivement par la douleur morale comme dans la mélancolie, elles dépassent souvent son cercle étroit, d'où l'absurdité et la contradiction des déductions et l'impossibilité de se coordonner en un système délirant fixe. « Les mélancoliques tendent vers l'équilibre instable, ajoute M. Dumas, ils ne veulent pas être en contradiction avec eux-mêmes ou avec les choses. » Par contre, *la synthèse mentale des déments précoces n'a aucune tendance à l'adaptation rationnelle.*

M. Masselon (4) décrit l'état d'anxiété des déments précoces mélancoliques, comme une activité mentale présen-

(1) MASSELON. — *Psychologie des déments précoces.* Thèse de Paris, 1902.
(2) TH. ZIEHEN. — *Die Differential diagnose der melancholie und der Dementia hebeahrenica, namentlich bei Soldatem.* Sonderabdruk aus der Leuthold-sedenkschrift. II. Band.
(3) Cité par Ziehen.
(4) MASSELON. — *La mélancolie.* F. Alcan, 1906.

tant visiblement l'empreinte de l'affaiblissement intellectuel. « C'est une terreur intense, écrit cet auteur, une crainte irraisonnée, accompagnées souvent d'une sorte d'hébétude qui fait que le malade réagit automatiquement et violemment à la douleur morale qui l'oppresse. »

Le diagnostic devient difficile dans les cas où les malades gardent *le mutisme*. Il s'agit alors d'établir si on se trouve en présence d'une inhibition mélancolique ou d'un barrage de la volonté de cause démentielle.

On aura recours aux moyens utilisables pour tous les malades renfermés dans le mutisme. On essayera ainsi de provoquer un « oui » ou un « non » ou un simple mouvement de tête par des questions simples et souvent répétées. Si on ne réussit pas, on cherchera à faire écrire le malade spontanément d'abord, ensuite on exigera des réponses par écrit; on peut également leur faire copier des textes.

Dans ces épreuves écrites, on voit combien les associations des idées sont correctes chez les mélancoliques à part la longueur du temps, la lenteur d'évocation, et l'introduction d'idées délirantes et combien elles sont troublées chez les déments précoces. Mais pour être sûr du diagnostic, il faut faire des examens cliniques répétés, on peut même dire qu'il est impossible de se prononcer à la suite d'un seul examen. Les gestes, les attitudes et le moindre mouvement au cours de l'interrogatoire doivent être pris en considération. C'est ainsi que Ziehen a pu établir un diagnostic très difficile chez un malade dont tous les phénomènes (dépression, contenu des idées délirantes, déficit intellectuel peu appréciable) semblaient exclure la démence précoce. Son attitude bizarre vis-à-vis du médecin (il s'amusait à le tâter fut le seul symptôme qui fit penser à la démence précoce. Le diagnostic s'affirma par la suite.

Dans les cas difficiles, il faut une surveillance prolongée de jour et de nuit pour constater les réactions anormales et les actes bizarres caractéristiques de la démence précoce.

N. Tanzi, professeur à Florence, insiste sur ce fait que l'état mental des déments précoces *se manifeste mieux dans ce qu'ils font que dans ce qu'ils pensent.* C'est un vrai

délire des actes riche en extravagance et puérilités. Quelques-uns de ces faits morbides se groupent en synthèses partielles qui se détachent de plus en plus de la conscience, tendent à devenir autonomes et finissent même par être à un moment donné, prépondérants : ce sont *les premières stéréotypies*.

Troubles affectifs. — L'intensité de la douleur morale n'a aucune valeur diagnostique ; il en est de même de l'angoisse précordiale et des autres troubles physiques qui accompagnent les crises paroxystiques. La disparition des sentiments de famille n'est guère plus importante. M. Dumas a cité des mélancoliques devenues complètement indifférentes à l'égard de leurs parents. Les sentiments supérieurs comme la curiosité et l'intérêt, sont émoussés dans les deux affections.

Par contre le *début et l'évolution* des troubles affectifs sont de la plus haute importance. Dans la mélancolie, la dépression et la douleur morale s'installent d'une façon aiguë à la suite d'un choc psychique. Dans la démence précoce, comme nous l'avons vu en étudiant la neurasthénie, on ne trouve pas toujours de causes morales et les troubles psychiques (amour contrarié, chagrins, jalousie) sont plutôt des effets que des causes de maladie (Daraszkiewiecz, Christian). La *discontinuité* des troubles affectifs est le caractère le plus important de la mélancolie symptomatique de la démence précoce. Dans la *mélancolie*, la douleur morale tend à progresser ou à s'améliorer dans les cas bénins. Elle évolue sans solution de continuité. Dans la *démence précoce*, la dépression la plus profonde est interrompue par des réactions morbides non adéquates à l'état de tristesse et d'abattement. Parmi ces réactions il faut signaler les *impulsions*, les *grimaces*, les *colères violentes*, le *sourire* et le *rire sans motif*. Ce dernier symptôme, d'une importance capitale, met en évidence l'absence de concordance entre les réactions mimiques et l'attitude douloureuse du malade.

Les explosions de rire brèves peuvent passer inaperçues, de même les grimaces et les tics. La surveillance prolongée est alors absolument nécessaire.

CONCEPTIONS DÉLIRANTES. — Les premières idées délirantes sont *les idées hypocondriaques, les idées de transformation et les idées de négation*. Elles sont en rapport avec des troubles cénesthésiques profonds et visent à la fois le corps et l'esprit.

Ziehen insiste sur la prédominance des idées hypocondriaques d'origine sexuelle. Dans les formes mélancoliques, la nutrition générale est plus compromise que dans la neurasthénie d'où un état cénesthésique plus pénible et un délire hypocondiaque plus riche.

Les *idées de transformation corporelle* sont extrêmement fréquentes. Les idées de possession corporelle (délire métabolique) aboutissant des idées de transformation, représentent le plus haut degré des troubles cénesthésiques. Kraepelin considère les idées de possession comme un symptôme de catatonie, même en l'absence d'affaiblissement intellectuel. La rapidité avec laquelle s'installent et disparaissent ces idées pathologiques est un de leurs caractères essentiels. Dans la mélancolie elles ont une évolution lente, sourde et tenace. L'idée morbide apparait comme un corps étranger hors de la personnalité et « peu à peu, écrit M. Ribot (1) par accoutumance, elle y fait sa place, en devient partie intégrante, en change la constitution et si elle est de nature envahissante la transforme en entier ».

Il y a donc une invasion progressive du champ de la conscience par le sentiment de transformation et « toutes les faibles ressources de l'esprit sont employées secondairement à justifier et a renforcer ce sentiment » (Masselon). Chez les déments précoces, les idées de transformation changent à chaque instant, se succédent sans ordre; les malades cherchent rarement à les justifier spontanément et quand ils les expliquent les arguments qu'ils donnent sont toujours absurdes. Un autre fait particulier à ces idées de transformation symptomatiques de la démence précoce, c'est l'*absence absolue du sentiment d'effroi et d'épouvante* qui les accompagne chez les mélancoliques. Ce sentiment ne se trouve pas chez les déments précoces même pendant les périodes de lucidité si fréquentes à cette période.

(1) RIBOT. — *Maladies de la personnalité*, page 61.

Idées de négation. Les idées de négation annoncent la fragmentation de la personnalité physique et intellectuelle. Elles sont secondaires aux troubles cénésthésiques et aux premières lésions de la synthèse mentale. Ces idées pathologiques concordent bien avec la *tendance à nier* spéciale des déments précoces. Il existe chez eux toutes les variétés de la « folie des négations » depuis l'entêtement simple, puéril et opiniâtre de la période prodromique jusqu'au négatisme démentiel « automatique, universel, sans justification, sans délire, sans douleur » (Séglas) pathognomonique de la démence précoce. Les idées de négation complètent ce syndrôme. Elles sont indépendantes du degré de la dépression morale, on les trouve même dans les états neurasthéniques légers. Une malade de Ville-Evrard citée dans la thèse de Monod (1), écrivait au début de son affection. « Je ne vois plus que des ombres ; ma famille, le monde n'existent plus ».

Comme les idées de négation qui surviennent dans les formes mélancoliques de la paralysie générale, elles sont *asystématiques et épisodiques*. Elles annoncent la démence et disparaissent avec la dissolution complète de la personnalité. C'est en effet par des négations partielles que les déments précoces mélancoliques arrivent à la négation totale de leur moi organique et psychique. Lorsque la faillite psychique n'est pas considérable, les idées de négation peuvent se fixer et persister jusqu'à une période avancée. M. Rogues de Fursac (2) cite des cas de syndrome de Cotard.

Les autres conceptions délirantes présentent *toutes les nuances des délires tristes* : idées de culpabilité, de ruine, etc. Comme les idées de négation et de transformation, elles ont des épisodes aigus au cours de l'évolution du processus morbide et disparaissent sous l'effondrement psychique à la suite de l'effacement des images mentales et des éléments affectifs aux dépens desquels elles s'étaient constituées. Ces idées ne constituent jamais un système délirant de *tristesse pure* rattaché intime-

(1) Monod. — *Formes frustes de la démence précoce*. Thèse de Paris, 1905.

(2) Rogues de Fursac. — *Précis de Psychiatrie*.

ment à la douleur morale comme dans la mélancolie. Des idées étrangères aux états dépressifs s'insinuent parmi les idées tristes ; ce sont particulièrement des *idées de grandeur et de persécution.*

Cotard a signalé de vraies idées de grandeur dans la mélancolie, elles ont surtout trait au passé, à l'ancienne personnalité du malade, c'est un délire rétrospectif.

Dans la démence précoce, *les idées de grandeur* sont niaises et puériles et portent sur la personnalité actuelle. Mais, fait particulier à ces idées de grandeur des déments précoces : elles ne s'accompagnent pas de cet état de cénesthésie agréable, d'euphorie béate, de satisfaction et de ce besoin de générosité, qu'on trouve chez les paralytiques généraux. *Les déments précoces ne font pas de délire d'altruisme.* Ils gardent, au milieu de leurs richesses et de leurs titres de prince, roi, financiers, un facies passif, indifférent (souvent pâle), dépourvu d'émotion et un état de cénesthésie pénible.

Les idées de persécution existent également dans la mélancolie, mais leur tonalité n'est pas la même que dans la démence précoce. Ce sont le plus souvent *des idées d'expiation* que les malades acceptent sans réagir. D'autres fois, ils cherchent à s'expliquer et surtout à s'excuser. Ziehen dit qu'on peut appliquer à ces malades, le proverbe suivant : « *qui s'excuse, s'accuse* ». Par contre les déments précoces *s'excusent pour se défendre.* Au début de la mélancolie on peut rencontrer des *idées de défense*, mais celles-ci sont éphémères et font vite place à la résignation. Dans la démence précoce, l'humilité et la résignation sont des états transitoires et le malade passe facilement de la défense à l'accusation. Chez les mélancoliques les idées de persécution et les idées d'expiation renforcent le système du délire mélancolique. *Chez les déments précoces, elles tendent à désagréger les idées existantes et à reconstituer un système nouveau qui accapare toute la personnalité ou qui est remplacé lui-même par d'autres idées délirantes appelées à disparaître avec les progrès de la démence.*

Hallucinations. Pour Ziehen, les hallucinations n'ont aucune valeur diagnostique. Pourtant leur étude m'a

permis de distinguer certains caractères. Elles peuvent manquer dans les deux affections, mais plus rarement dans la démence précoce (forme simple de M. Sérieux). Le plus souvent elles sont nombreuses et variables ; les hallucinations cénésthésiques, tactiles et auditives sont les premières en date et les plus fréquentes. Pour Weygandt, les hallucinations génitales dominent la scène dans l'hébéphrénie. Il faut apporter beaucoup de soins dans leur recherche et analyser minutieusement le moindre trouble accusé par les malades. Il est souvent difficile sinon impossible de les distinguer des interprétations délirantes. *Les hallucinations sensorielles des déments précoces sont plus accentuées et moins éphémères que celles des mélancoliques.* Très souvent on remarque des associations hallucinatoires diverses concernant au même moment la même personne. Ainsi, un de mes malades *sent*, *voit* et *entend* simultanément la même personne.

Les illusions s'amalgament aux phénomènes précédents et les perceptions s'altèrent comme dans un rêve. Les malades ne reconnaissent pas leurs parents leurs proches, leur médecin. La multiplicité, la fréquence et la persistance de tous ces troubles sensoriels et leur combinaison avec les troubles cénesthésiques (idées de transformation, idées de négation etc.) constituent un véritable *syndrôme cénesthésio-sensoriel* qui masque à la phase initiale le déficit intellectuel. Les altérations de la personnalité des déments précoces sont dues particulièrement aux troubles des perceptions sensorielles et cénesthésiques. *La conscience est donc atteinte dès le début dans sa source même, d'où l'effrondrement rapide de l'édifice psychique.*

Réactions morbides. — Tous les actes et toutes les réactions de ces malades portent l'empreinte de l'état mental démentiel. Les *tentatives de suicide* marquent souvent le début de la démence précoce comme l'a signalé Ziehen. Je les ai observées très fréquemment. Le plus souvent on trouve qu'elles *n'ont pas de motif et ne sont accompagnées d'aucun sentiment de désespoir. Le refus d'aliments* (négativisme démentiel) les ***auto-mutilations***,

les *fugues* (Deny et Roy, Ducosté) et tous les autres signes avant-coureurs de la démence précoce (1) particulièrement les *impulsions*, les *colères pâles* et *le rire* doivent être pris en considération. *La négligence de la tenue et la malpropreté extrême* peuvent aider à faire le diagnostic. On peut même ajouter que les *déments précoces sont les plus sales de tous les aliénés*.

L'attitude du malade, l'affaissement et son expression de tristesse ne sont d'aucune importance. Les stéréotypies précoces peuvent être confondues avec les mouvements monotones (décharges de la douleur) que l'on trouve dans la mélancolie anxieuse. Parmi les signes secondaires, il faut signaler le *clignement des paupières* (Ziehen) ; les *crises d'hypersécrétion sudorale* (Ziehen, Trömner) *la sialorrhée* (Trömner). J'ai constaté fréquemment les crises d'hypersécrétion sudorale. Quant à la sialorrhée, je l'ai rencontrée à la fois dans la l'hébéphrénie et dans la mélancolie anxieuse. Le dermographisme et les troubles des réflexes n'aident pas toujours à faire le diagnostic de démence précoce.

Trömner et Dunton insistent sur l'hyperexcitabilité mécanique du nerf facial, ce symptôme nous a paru assez fréquent dans les états toxiques aigus (agitation, stupeur etc).

Quant à la stupeur de la démence précoce et son diagnostic d'avec celle des lypéméniaques, nous n'avons pas à nous en occuper ici. Elle a été l'objet de nombreux travaux de la part des auteurs remarquables : Delasiauve, Kahlbaum, Krœpelin, Séglas, Dunton, Claus Ziehen, Deroubaix, Masselon, etc.

M. Régis, dans son excellent Précis de Psychiatrie (1906), fait une étude parallèle et comparative d'un catatonique et d'un mélancolique, tous deux en état de stupeur. L'auteur met en évidence avec beaucoup de finesse clinique *une série de nuances* spéciales à la démence précoce.

OBSERVATION I. Due à l'obligeance de MM. Lwoff et Benon. —

(1) *Loc cit*, p. 277.

Résumé : *Anxiété extrême. Prédominance des idées hypocondriaques et de négation. Apathie. Aboulie. Déficit intellectuel.*

Il s'agit d'une malade âgée de 21 ans, entrée à Maison-Blanche au mois de février 1905.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident, mère bien portante.

Antécédents personnels. — Jamais malade avant cette époque. Aucune maladie infectieuse. A eu un enfant à 19 ans.

Début. — Les premières manifestations deviennent évidentes au mois de décembre 1904 (à 20 ans).Ce sont de nombreuses idées hypocondriaques. A cette époque, elle était en relation avec une jeune fille morte de la tuberculose. Elle n'a jamais craché le sang ni toussé. Elle se plaignait d'étouffer et d'avoir une douleur au niveau de la poitrine. Ces symptômes augmentent en janvier, elle dit à tout le monde qu'elle est poitrinaire et qu'elle va mourir. La mort de son amie l'avait beaucoup impressionnée. Elle se réveillait au milieu de la nuit en disant : « Je vais mourir ». « Je suis perdue ». *Elle ne voulait plus sortir*, restait des journées entières enfermée.

Malgré ses idées morbides, son état général se maintenait. Elle mangeait bien. Pas de céphalée. Aucun trouble digestif. De temps à autre, dit-elle, elle présentait des palpitations en montant les escaliers. Elle consulte un médecin qui la traite pour l'anémie. Son état ne s'améliore pas. Elle en voit un autre, qui lui donne des fortifiants. Finalement, elle consulte M. le Dr Charpentier. Le certificat de ce médecin constate qu'elle est atteinte de « Mélancolie anxieuse avec idées pénibles et hypocondriaques variées. Insomnie ». M. le Dr Magnan signe le certificat suivant : Dépression mélancolique avec préoccupations hypocondriaques, découragement. Insomnie. »

Elle entre au mois de février 1905 dans le service de M. Lwoff. Ce qui frappe tout d'abord à l'examen de la malade c'est son état *d'anxiété profonde*. Elle se plaint de ne pas avoir de force dans les côtés et au creux de l'estomac. Ce qu'elle mange ne lui profite pas. Elle sent qu'elle maigrit. Elle croit avoir perdu environ 10 livres. Elle dit qu'elle est gênée pour respirer. « Je ne peux pas respirer jusqu'au fond ». Elle sent tout un vide dans l'estomac quand elle respire. « Je sens bien que je ne respire pas comme avant ». La nuit, elle dort mal « parce qu'elle n'a pas de force dans l'estomac ». Elle s'inquiète de son état et elle sent « que tous les jours elle est plus mal ». Chaque matin à la visite, elle formule les mêmes lamentations. « Elle ne sent plus, elle a la peau jaune ». Elle supplie de prévenir sa mère de sa mort prochaine. Les yeux en larmes elle insiste pour qu'on aille la chercher de suite. « Je vais mourir, je n'ai plus rien, je sens que c'est

fini ». A cela s'ajoute un état d'asthénie complète. Elle ne peut plus se tenir debout, ses jambes n'ont plus de force pas plus d'ailleurs que « ses côtés ».

Elle dit toujours, qu'elle a un trou dans l'estomac. Si on examine cet organe, elle abandonne l'idée émise pour en exprimer une autre. « elle a les pieds glacés » etc. Elle pleure beaucoup et elle conserve une attitude triste penchée ; elle a les mains sur son estomac. L'état général reste bon. La malade ne maigrit pas. Elle mange et dort bien. Pas d'idées de suicide.

Le 15 mars 1905, on a dû l'isoler parce qu'au milieu de la nuit précédente, elle a réveillé la plupart des malades pour leur dire qu'elle allait mourir. Elle réclamait sa mère « sa fin est proche », « Je suis la première jeune fille qui mourra sans revoir sa mère ». Cet état d'agitation anxieuse dure quelques jours. Elle frappe les vitres de sa chambre, supplient ceux qui la regardent de rester là pour qu'elle ne meure pas seule. Elle répète tout le temps. « Je suis à moitié morte, c'est fini ».

Le 18 mars. Elle resta cachée dans le bureau de la sous-surveillante. » Ensuite, elle a cassé une chaîne qu'elle a jetée dans les cabinets. Elle a cassé un carreau pour aller voir sa mère qui est malade. Toute la nuit des lamentations. Elle sort de son lit pour aller se coucher dans le lit d'une autre malade sous prétexte « de se réchauffer ».

31 mars. Négativisme. 4 avril. Tentative d'évasion. Légère excitation. Elle se cache dans les placards « pour s'en aller ». Les troubles cénesthésiques sont profonds, elle a de nombreuses *idées de négation*.

Tout son corps est mort, elle demande « de la faire ressusciter » elle n'a plus de cervelle « faites-moi revenir ma cervelle qui est vide, ma tête est toute verte ». « Je meurs, je ne souffre pas, puisque tout cela est mort » Elle garde longtemps la main droite appliquée sur la poitrine.

Les idées de négation dominent pendant longtemps la scène. Elle est toujours morte, *raide*, le corps est mort, elle ne peut plus rien » : sa poitrine est jaune etc. Plusieurs tentatives d'évasion. Les troubles cénesthésiques et ces phénomènes délirants se dissipent progressivement. *Au mois de septembre* la malade ne parle plus de ses idées hypocondriaques, n'est plus anxieuse, ne cherche plus à s'évader, elle reste toute la journée assise, apathique, aboulique, ne s'occupant et ne s'intéressant à rien.

Sa tenue est négligée. Elle a beaucoup maigri. L'examen de l'intelligence permet de constater un déficit appréciable. Elle est complètement désorientée. Elle ne sait pas où elle est, elle ne se rend pas compte qu'elle a des aliénées autour d'elle. Les troubles délirants n'ont laissé aucun souvenir dans son esprit, elle reste

comme obnubilée et inconsciente de son état. Elle répond par monosyllabes. Son intelligence est paresseuse. Rien ne l'impressionne, elle est complètement apathique.

Aucun travail ne l'attire, elle ne paraît avoir aucun désir, elle ne se préoccupe plus de sa sortie, *elle ne s'ennuie plus*. L'indifférence, l'apathie, l'aboulie, l'asthénie et le déficit intellectuel se maintiennent et justifient le diagnostic de démence précoce posé par M. le Dr Lwoff.

Observation II. (Personnelle). — *Résumé. Troubles cénesthésiques variables. idées de culpabilité associées aux idées de grandeur et de persécution.*

M. M..., âgé de 26 ans, est entré à la Maison de santé de Ville-Evrard en février 1899.

Antécédents héréditaires. — Grand-père mort aliéné.

Antécédents personnels. — Bonne santé dans le jeune âge. Au régiment, une congestion pulmonaire double.

Début. —Le premiers troubles paraissent en 1894, à l'âge de 22 ans. Ce sont des phénomènes vagues de fatigue et d'apathie. Le malade est incapable de faire un effort ou de s'appliquer à un travail sérieux. Il a cherché à faire du théâtre. Sa mémoire était prodigieuse. Les sentiments affectifs vis-à-vis de sa famille s'affaiblissent. Par moments, il a des accès de violence. Dans le milieu où il vivait, il passait pour un original à cause de ses extravagances. Progressivement son apathie s'accentue. A cette dépression croissante s'ajoutent des conceptions délirantes mélancoliques. Il est très conscient de son état et demande lui-même à être soigné dans un asile. Il entre à Sainte-Anne. Le certificat médical (Dr Dubuisson) relate l'état mental suivant :Etat de mélancolie anxieuse ; idées de culpabilité, impulsions, incohérence dans les idées et dans les actes, mélange d'idées de persécution et de grandeur. Hallucinations nombreuses, troubles cénesthésiques profonds, il s'imagine être hynotisé et magnétisé par son entourage. En effet, les troubles cénesthésiques semblent dominer la scène. Son esprit se déplace et son corps reste à Sainte-Anne. Il a la sensation d'être souvent piqué à la fesse. Il a de nombreuses impulsions, des crises d'agitation dangereuses mais de courte durée, elles sont suivies de période de calme. Il demande lui-même à être mis en cellule et qu'on lui mette la camisole de force.

Il passe 3 ans à Sainte-Anne, son affection s'aggravait de plus en plus. Il est toujours déprimé et conserve les mêmes idées délirantes. Il a de nombreux moments de lucidité pendant lesquels il apprend des tragédies par cœur (théâtre de V. Hugo) qu'il

récite à voix haute. Des tics agitent sa face, particulièrement un clignement des paupières. *Rires explosifs au réveil.*

A son entrée à la Maison de santé de Ville-Evrard, en 1896, il se trouve dans le même état de mélancolie. Il demande à aller en cellule car il est le *grand coupable* ; il a tous les vices, c'est un voleur, il a pris tous les sous qu'il a pu, il mérite d'être enfermé pendant 5 ans.

Il reste des heures entières immobile à fixer le soleil, pour s'étourdir et pour ne pas voir ce qui se passe en lui et en dehors de lui. Il est *d'un peuple conquérant*, il faut qu'il satisfasse tous ses instincts. Une voix lui dit qu'il est un « homme de génie ». Tous les directeurs de théâtre le persécutent. Il refuse de manger parce qu'il n'a pas gagné sa vie ; il refuse de même toutes les douceurs que sa mère lui apporte. Nombreuses interprétations délirantes. Hallucinations de l'ouïe et de la vue. Il voit à travers les carreaux des enfants qui passent et il distingue la tête de tous ceux qu'il connait.

Il est toujours magnétisé, on lui envoie des courants à distance. Il demande souvent d'aller en cellule, il ne mérite pas de vivre au milieu des autres. Il s'excite facilement. Impulsions dangereuses. Attitude préoccupée et triste.

Instants lucides, où il lit beaucoup, mais presque toujours le *même livre*. Parfois besoin de mouvement, il marche beaucoup, il fait plusieurs fois le tour du jardin, *dans le même sens* ; il fait souvent des sauts ou il s'étend par terre. Explosions de rires fréquentes. Quand il cause, il s'anime, toute sa figure se contracte nombreux spasmes de la face.

Réflexe conjonctival normal, mydriase, pas d'Argyll ; réflexe rotulien et des poignets normaux ; réflexe crémastérien aboli ; réflexe plantaire, normal à droite, aboli à gauche ; réflexes massétérins normaux ; pas de dermographisme ; pas de clonus ; réflexe abdominal normal à droite, aboli à gauche, sensibilité à la douleur normale.

OBSERVATION III — (Th. *Ziehen* : Die differential Diagnose der Melancholie und der Dementia hebephrenica namentlich bei Soldaten. *Sonderabdruk aus der Leuthold Gedenkschrifft. II Band*) Résumé. *Idées d'auto-accusation et d'expiation. Idées de grandeur. Nombreuses hallucinations. Anxiété extrême.*

Il s'agit d'un malade âgé de 24 ans, de profession employé d'assurance et célibataire. Le père alcoolique s'est suicidé. Croissance normale. Depuis longtemps des troubles neurasthéniques. Un mois avant l'internement, première manifestation de la psychose actuelle. Il affirme que ses camarades cherchent à le tromper et que l'empereur a parlé de lui.

A son entrée, le malade n'est pas du tout désorienté. Il parle bas et d'une façon interrompue : 3-4 mots s'associent bien et puis il s'arrête : il répète quelques mots trois ou quatre fois de suite. Les manifestations caractéristiques de son état mental résident dans les phrases suivantes :

« On est venu me chercher, parce que je suis malade et parce qu'on a répandu le bruit que je menais une mauvaise vie. J'ai mis du temps pour m'en apercevoir que j'avais tort. J'avais tout mal compris. Ma vie est manquée. Le jugement dernier approche. Je dois subir ma punition ; je dois expier ce que je n'ai pas bien fait

D. Quels sont ces choses ?

R. J'ai pratiqué l'onanisme et j'étais mécontent au travail. J'étais aussi négligent parce que j'étais faible pour bien juger ; je dois aller chez le médecin pour savoir si je vais être sauvé ou si je vais mourir. Je suis perdu et c'est une punition pour moi de languir et d'endurer une si forte douleur.

D. Quel âge avez-vous ? R. Je ne peux pas le dire.

D. Pourquoi ? R. Parce que c'est le jugement dernier, une voix douce me l'a dit, d'autres voix se rapportent aussi à maladie, je l'ai entendue de mes propres oreilles, mes pensées sont répétées notamment toute la journée et même si haut que tout le monde peut les entendre.

J'ai perdu mon nom, je suis dans un vrai enfer, je sais, je dois expier tout ce que j'ai fait, j'avais tout à l'heure un trouble de la pensée, je sais, que ce que je viens de dire ne partait pas du cœur, ma conscience est chargée (le malade avait des idées de suicide avant son entrée, il n'en a plus). On m'a empêché, et mon jour de mort est passé : ma punition sera au jugement dernier ; l'enfer.

Examen de l'intelligence par une série de chiffres.

Je ne veux pas répéter, je vais écrire d'après mon cœur, je ne pense pas aux chiffres, et je n'aime pas les écrire, parce que je veux écrire spontanément, je sais que je ne suis plus bon pour le monde, je suis condamné à mort, je suis damné pour toujours, je voudrais revenir à Dieu.

D. — Comment s'appelle votre père ? — R. — Mon père était le bon Dieu — ma mère est morte folle.

Après plusieurs questions, il donne enfin le vrai nom de son père. Il déchire sa chemise et dit : « Je ne suis pas digne de la porter, je dois mourir » Il montre sa main gauche « Cette main est lourde comme du plomb, cela doit être une punition, le diable me tourmente, cette main me fait mal ». Il refuse de s'alimenter, parce qu'il ne mérite pas et parce que cela ne lui appartient pas, il est damné pour toujours, il est temps qu'il meure, les oiseaux crient, on attend sa mort. L'empereur a pitié de lui, de même tout Berlin et toute l'Allemagne, c'est une voix intérieure qui le

lui dit : Tout le monde sera heureux quand il sera mort. Pendant son séjour à la clinique, il reste dans un état de dépression profonde avec accès d'angoisses intenses.

OBS. IV.— (Personnelle).— Résumé : *Etat mélancolique avec idées d'auto-accusation et de grandeur passagères. Prédominance des troubles cénesthésiques et des idées de persécution. Démence paranoïde se transformant en quelques mois en démence catatonique.*

M. X.... étudiant en médecine, âgé de 30 ans. Début à 18 ans par une longue période prodromique caractérisée par de la dépression morale. Progressivement s'affirment divers phénomènes psychasthéniques : fatigue psychique ; sentiment d'incomplétude : nombreuses obsessions et phobies ; idées hypocondriaques. Il croyait avoir toutes les maladies et redoutait les microbes. Lorsqu'il recevait une lettre de la part de ses amis médecins, il prenait de nombreuses précautions antiseptiques. Cette phobie fut la source des premières idées de persécution qui précédèrent de quelques années l'internement.

Les interprétations délirantes, les hallucinations, les troubles cénesthésiques, la dépression morale avec des crises d'anxiété, ouvrent la scène morbide de la période initiale. Il est obsédé par des idées d'empoisonnement. Il a des battements de cœur et des accès de suffocation, des bourdonnements d'oreille qu'il considère comme des troubles d'empoisonnement par le CO.

Il fait plusieurs tentatives de suicide. Au mois de février 1899, il est interné à Sainte-Anne et le 5 avril de la même année, il entre à la maison de santé de Ville-Evrard. Il est déprimé et triste : il pleure souvent. Il est très conscient de son état « Je suis perdu, je vais mourir, je sens que je deviens fou ». Par moments il a de véritables *crises d'angoisse* accompagnées de phénomènes d'oppression et de battements de cœur.

Il a une céphalée violente et dit avoir *la tete en feu* et que *son cerveau tourne de l'axe du crâne*. Il ne veut pas expliquer la cause de sa tristesse et dit avoir un gros chagrin depuis trois ans

Ces idées de grandeur, comme les idées de culpabilité et d'expiation tendent à s'effacer de plus en plus. Ces dernières apparaissent encore dans les moments d'angoisse, mais à mesure que la maladie progresse, les troubles cénesthésiques et les idées de persécution tendent à occuper le premier plan.

Il sent continuellement des coups de couteaux qu'on lui enfonce dans le corps et du matin au soir son corps *engraisse et maigrit alternativement*. Il reste immobile sur une chaise longue des heures entières. Il est sobre de gestes et de paroles.

Ces phases de dépression sont interrompues brusquement par

des impulsions violentes. Il s'est jeté plusieurs fois sur un infirmier pour l'étrangler. D'autres fois, ce sont des explosions de rires brèves ou de *véritables crises de « fou rire »* durant environ une demi-heure et finissant par des crises de larmes, qui viennent interrompre la dépression. Dans ses écrits on remarque de *nombreux néologismes.* « Les tortures ne cessent pas, puisque c'était la condamnation du système astral, la rotation *catalétique* etc. Il y a impossibilité de communication par *distalité* d'expression et illusions sensorielles, etc. Parfois les phases de dépression alternent avec des phases d'excitation de courte durée. Le malade marche alors beaucoup, fait le tour du jardin, du matin au soir, *dans le même sens.* Cette agitation est quelquefois muette, caractérisée uniquement par une *richesse* de gestes et de mouvements. D'autrefois il répète à haute voix pendant 10 heures de suite, la même phrase : « la ruine, la ruine ou la république », etc.

26 *Juin* 1899. *Attaques hystériformes de 7, 8, minutes.* Pas de troubles consécutifs.

Août. Il reste inerte des journées entières.

Septembre. Rires et colères. On l'hypnotise. Il se couche sur le parquet dans ses couvertures.

Octobre. Impulsions. Il escalade la grille, puis, phase de tristesse et d'immobilité. Idées de suicide. Négativisme.

Novembre. Nouvelle tentative d'évasion. Il demande qu'on le tue. « Il se sent mourir. »

Janvier 1900. Il demande du poison pour mourir. Malpropreté. Négativisme.

Février 1900. Stupeur. Catatonie. Cet état alterne depuis 6 ans avec des phases de demi-stupeur et d'immobilité. Le malade a présenté fréquemment des troubles trophiques. Actuellement, il est dans la demi-stupeur.

« Je suis tombé neurasthénique comme une feuille morte. personne ne veut le croire ». Il a de nombreux scrupules. Il craint d'avoir dit des choses désagréables. « Je demande pardon des lamentables grossièretés auxquelles m'a poussé l'exaspération la plus légitime. » Il s'accuse d'avoir fait du mal à ses amis et à sa famille, mais à mesure qu'il cause le ton de sa voix change et passe rapidement de l'humilité et de l'auto-accusation à l'accusation pure.

« Depuis dix mois on me congestionne. On m'a fait avaler tous les poisons et tous les bacilles, sans que mon expérience ai répondu autrement que par le sourire. On m'a placé ici sous le coup d'accusation infamante d'espionnage, etc. Un sinistre gredin, M. H. a profité de mon internement pour m'accuser d'être un espion, de vouloir tuer mon frère, mes amis, les gens, d'avoir négligé mon service, d'être un anarchiste, de conspirer contre le gouvernement.

Les hallucinations sont nombreuses et portent sur tous les sens. Quelques voix lui souhaitent ironiquement « bonne nuit » Ma mère est morte, entre elle et moi en lettres de fer T V E L E existe une voix épouvantable qui tourne dans un espace d'astres, les mots : « *Tu as fait du mal, tu seras puni.* » Je me sens quelque fois obligé de répéter ces mots très rapidement ».

On me fait du mal jour et nuit, minute par minute, je crois pouvoir dire sans faire fausse route que ma pauvre cervelle si obstruée par les poisons maçonniques, ne *fut pas sans quelque valeur.* »

« J'accuse au moins vingt chefs maçons d'avoir essayé par haine atroce de tuer deux fois mon père et d'avoir essayé de le ruiner ».

De temps en temps il manifeste quelques idées de grandeur. « La franc-maçonnerie a pour but de tuer mon génie, soit par l'assassinat, soit par le trauma des sensibilités contrariées. Mon internement amènera le malheur universel. Depuis dix mois on *insulte en moi, l'art, la science et l'imagination créatrice* ».

PSYCHOLOGIE

Sur la symétrie bilatérale du corps et sur l'indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux. (1)

(A PROPOS D'UN LIVRE RÉCENT).

(*Suite*).

Par CH. BONNE,
Médecin-adjoint à l'asile de Braqueville.

II. — VALEUR PSYCHOLOGIQUE

A l'état normal « la coordination entre les deux activités est complète, ces deux activités n'apparaissent plus distinctes et nous avons le seulement de notre unité » (p. 25). Mais plusieurs catégories de faits anormaux peuvent mettre en évidence l'indépendance des co-êtres, « soit que l'anomalie soit durable, comme il advient dans les maladies mentales, soit qu'elle n'ait qu'une durée pas-

(1) Voir le numéro de mars, p. 177.

sagère comme dans les cas d'hypnose » (p. 26). C'est donc à la simple analyse de quelques observations de troubles de la personnalité que l'Auteur va demander la confirmation du duplicisme, après quoi il n'aura « plus de preuve directe à apporter » (p. 49). Pourtant, toutes les observations qu'il cite sans même s'être reporté aux documents originaux ont été déjà maintes fois données comme arguments en faveur de l'indépendance des deux hémisphères dans des théories qui, au point de vue spécial envisagé dans ce chapitre, ne diffèrent en rien de celle de l'Auteur. De plus il a été démontré à plusieurs reprises, soit pour certaines observations en particulier (Séglas, 1903 ; Janet etc.), soit d'une façon générale dans de nombreux travaux psychiatriques récents que ces observations ne prouvaient rien en faveur de la théorie pour laquelle on les citait. N'importe : l'auteur délaisse toutes ces objections ou plutôt néglige de parti pris la conception moderne qui a remplacé la théorie qu'il présente en la donnant comme sienne ; il se targue de quelques concessions faites par des représentants de la doctrine classique et qui aujourd'hui ne sont plus admissibles (Ribot, 1884) pour les raisons données dans le chapitre précédent. Nous allons examiner les interprétations qu'il propose après tant d'autres (Dumontpallier, Bérillon, Magnin, Magnan, Luys, Bail, Myers etc.) (A), avant de passer aux attributs des centres (B), puis à leur fonctionnement et à la formation du moi (C).

A. Arguments tirés de la psycho-pathologie.

On sait depuis longtemps quelles sont les conditions psychologiques des troubles de synthèse mentale observés à l'état normal ou pathologique, par exemple chez certains dégénérés, les hystériques, les spirites, au cours de l'hypnose, troubles qui, de la simple impression non connue sur le moment, ou des modifications passagères de la cœnesthésie et du caractère, vont jusqu'aux altérations profondes et persistantes de la personnalité. Les travaux de Ribot, Pierre Janet, A. Binet, Pitres et d'un grand nombre de psychiatres contemporains ont rattaché ces faits à d'autres plus simples et déjà connus, de manière à en élucider parfaitement le mécanisme, et à créer pour leur

étude une nomenclature aujourd'hui bien arrêtée et absolument justifiée.

La condition principale qui fait qu'une sensation se lie ou est capable d'être rattachée par la mémoire à la masse de celles qui l'ont précédée depuis un certain temps, est la persistance du fond cœnesthésique, ou, en d'autres termes, de l'état affectif, des sensations internes : et de l'état des organes sensitivo-sensoriels : si la cœnesthésie s'est profondément modifiée, si de vastes anesthésies tactiles sont survenues depuis peu, les sensations nouvelles venues pourront ultérieurement s'évoquer réciproquement : elles auront constitué une nouvelle série ; mais cette série restera indéfiniment indépendante de la première : le lien de chaque série ou état de conscience est représenté par le sentiment que le sujet a de son identité personnelle depuis le début de la série présente. Celle-ci peut prendre fin et céder la place, ou à une nouvelle série, ou et plus souvent, à la série antérieurement commencée. La cause de ce changement, quelquefois spontané en apparence, réside dans le retour brusque des principales conditions organiques et psychiques de l'état rappelé : modification de la cœnesthésie, de la sensibilité cutanée ou sensorielle, survenance d'une sensation forte et à teinte affective accusée, ou bien banale en soi mais solidement et exclusivement associée dans l'esprit du sujet à un état de conscience donné.

On dit avec raison que dans tous ces cas il y a des *consciences*, voire même des *personnalités successives* : quoique chaque état comprenne nécessairement beaucoup d'éléments communs à tous, il ignore le plus souvent ces autres états ; lorsqu'il les connaît, c'est ordinairement indirectement et sous l'aspect d'une personnalité étrangère. D'autres fois, par exemple dans la suggestion sous hypnose, on voit une sensation fortement affective, riche en associations de toutes sortes, survivre à l'état de conscience au cours duquel elle a été reçue et se prolonger dans l'état suivant, dans la veille : elle est alors active mais agit sans être distinguée, ni même connue : les associations qui la représentent se mêlent ou s'adjoignent à la plupart de celles de l'état de veille, et, sans que le sujet s'en rende compte, elle influe puissamment sur sa conduite et ses actes : un tel processus est dit *subconscient* et se rapproche naturellement des « perceptions incomplètes » de Leibniz, c'est-à-dire de toutes les sensations restées au-dessous du seuil de la conscience mais capables de le franchir sous l'action de leur sommation ou d'une cause étrangère. Celle-ci est le plus souvent la création de « l'état fort » au cours duquel les sensations en question ont été reçues : ce mécanisme est d'observation courante dans la vie psychique normale : un ébranlement non perçu, à peine senti au cours d'une préoccupation, crée cependant un état sous-jacent qui survit au pre-

mier et dont la cause n'est souvent connue que tardivement et indirectement ; ou bien, sous l'influence d'une impulsion à peine consciente ou inconsciente survenue au cours d'un état d'attention profonde, un acte est commencé ou même parachevé avant que son motif, inconnu ou oublié, ne soit cherché puis trouvé.

Ces exemples forment transition avec les faits également classiques que l'on désigne sous la rubrique de cas de *double conscience simultanée*, et qui, comme les précédents, ont leurs degrés inférieurs représentés dans la vie normale : l'artiste qui, en peignant, cause avec son modèle, l'orateur qui se critique en parlant, l'hôte qui compte les coups de chaque heure en écoutant son interlocuteur, n'ont pas deux consciences, mais deux séries d'associations, séries dont, le plus souvent, l'une est réglée d'avance. Chez les sujets à synthèse mentale insuffisante ou sujette à se restreindre, chaque groupe pourra devenir indépendant de l'autre, et alors, ou bien être connu du sujet alternativement avec cet autre, ou bien ne pas l'être du tout, sortir définitivement du domaine de la conscience, mais pourtant se manifester à l'extérieur non seulement par des actes réflexes tels que la mimique, ou par des actes appris et coordonnés depuis longtemps, mais par des actes complexes et d'une exécution longue, conjointement, cela va sans dire, pourvu que les manifestations motrices puissent coïncider, avec ceux de l'état conscient.

Ce cas conduit au groupe très important des associations entre états ou syndromes organiques et états de conscience. Dans tous les cas de synthèse mentale défectueuse il peut y avoir groupement exclusif de représentations organiques et, de plus, association durable de ces groupements soit entre eux, soit avec une série donnée d'états de conscience, c'est-à-dire une personnalité. Ainsi, le sujet associe la représentation des mouvements de la moitié gauche de son corps ou de son bras gauche avec celle de la sensibilité ou de l'ensemble des sensations du côté gauche ou du bras gauche. Dans les cas précédemment envisagés, il avait formé des groupements de représentations de mouvements ou de sensations, considérées dans le temps : maintenant les mouvements, sensations sont considérés et groupés d'après leurs rapports connus dans l'espace. La cause de ces groupements n'est pas complètement élucidée, ou plutôt, s'il est possible de les rattacher dans certains cas à des circonstances particulières, on n'a pas encore dégagé leur mécanisme géral : il est certain seulement que l'introspection joue un certain rôle dans ces associations et qu'elles sont le plus souvent de pures créations de l'esprit du sujet.

Une fois établi, ce groupement de représentations organiques peut s'associer, et le fait affectivement souvent et pour des causes multiples, avec une série synthétique d'états de conscience successifs, c'est-à-dire une personnalité bien distincte ou une modifi-

cation plus ou moins profonde du caractère et de la mémoire, avec persistance de quelques idées et souvenirs communs à plusieurs états. Plusieurs conjonctures sont alors possibles : si le groupement de représentations organiques est dominé par une idée inhibitrice, la série consciente jointe à ce groupement s'accompagnera de paralysie ou d'anesthésie, ou de l'une et de l'autre diversement réparties. Si le groupement organique ne contient pas d'élément inhibiteur, son entrée en scène se manifestera par des mouvements ou des contractures, des illusions et des hallucinations, les uns et les autres localisés.

Enfin, l'association de la personnalité avec le groupement de représentations organiques permet le rappel de l'un par l'autre : de la personnalité, par exemple, par l'anesthésie créée par le transfert ; ou bien, les modifications œnesthésiques ou une sensation forte et remplissant certaines conditions ayant produit le retour apparemment spontané de la personnalité, les troubles organiques surviennent en même temps. L'exemple est aussi bien connu du rappel d'une série donnée d'états de conscience par la suggestion de l'incapacité fonctionnelle d'un organe, d'un groupe de muscles, ou des deux à la fois.

Qu'ils soient spontanés comme dans la catégorie des sujets tarés, dont les hystériques sont les mieux caractérisés, ou créés par l'hypnose, ces groupements ne sont jamais guidés par la topographie des divers centres intéressés dans toute l'étendue du névrax et principalement dans le cortex, mais uniquement par la représentation subjective des fonctions intéressées : en d'autres termes, ils sont, et de par leur seule topographie, d'origine manifestement psychique et non pas organique : le sujet associe, par exemple, les sensibilités tactiles du côté gauche aux sensibilités spécifiques de la narine gauche de la moitié gauche de la langue, à la vision par l'œil gauche et non pas à la vision dans la moitié gauche des champs visuels des deux yeux ; la motricité des deux membres gauches à la motricité volontaire et réflexes de la moitié gauche de la face. Les zones anesthésiques ou hyperesthésiques auront une topographie particulière, ni métamérique, ni radiculaire, etc., mais déterminée par la représentation régionale que le sujet a de son propre corps.

On connaît les différences de l'hémiplégie, de l'hémianesthésie organiques et de l'hémiplégie et surtout de l'hémianesthésie hystérique : rien ne met mieux en relief le rôle au premier abord si hypothétique des représentations fonctionnelles dans l'esprit du sujet : rien non plus ne montre mieux l'absence de toute corrélation entre les troubles organiques à localisation hémiplégique et la topographie des centres nerveux des fonctions compromises, la division anatomique du névraxe en deux moitiés symétriques. Le sujet ignore la localisation unilatérale des centres du lan-

gage. Aussi les troubles aphasiques de cette fonction ne font-ils pas partie des syndromes hystériques classiques, ou bien et de même que le mutisme, surviennent-ils dans des circonstances (coïncidence avec d'autres troubles) qui mettent elles-mêmes en évidence leur origine inorganique.

La représentation, l'idée que le sujet a de chaque fonction ne se borne pas à agir sur la topographie et le groupement des troubles organiques : on peut encore déceler son rôle dans chaque trouble considéré isolément et, montrer ainsi que ce trouble diffère essentiellement du trouble organique au premier abord identique. Ainsi, quelle que soit sa cause occasionnelle, la dyschromatopsie pour une couleur donnée, est toujours basée sur l'idée, nécessairement incomplète, que le sujet s'est formée de la perception de cette couleur : l'hystérique qui ne voit pas le rouge perçoit cependant nettement le blanc composité dû à la fusion des trois couleurs dites primitives. De même, une main anesthésique aux pressions légères et profondes conserve cependant la stéréognosie dans certaines circonstance. Dans l'amaurose hystérique unilatérale, l'œil atteint fonctionne dans la vision binoculaire, ce qui rend le diagnostic avec la simulation quelquefois très difficile.

L'alliance entre certaines séries d'états de conscience et certains troubles organiques dépend donc de circonstances fortuites et est gouvernée pour ainsi dire par l'idée que se fait le sujet du fonctionnement des organes atteints. Mais la localisation des troubles organiques peutêtre modifiée par des causes internes, que le changement s'accompagne ou non de modifications de l'état mental. La thèse de Lebar (Paris 1906) (d'après une analyse de la *Presse Médicale*), contient des faits très intéressants de transfert d'une anesthésie et d'une hyperesthésie sous l'influence de la survenance de lésions viscérales unilatérales aiguës : les troubles de la sensibilité, passagers ou permanents, peuvent en outre présenter la même topographie que des troubles moteurs, vasomoteurs, trophiques etc. L'auteur rapproche tous ces faits observés chez des sujets indemnes de toute névrose, de certains accidents hystériques connus et cite à cette occasion une remarque de Brown Séquard sur l'exaltation passagère de la sensibilité du même côté par une irritation quelconque du système nerveux, avec abaissement du côté opposé (1882). Dumontpallier en rapportant ses expériences de transfert par la métallothérapie, le soufflet capillaire, la pression sur la tête etc, avait souvent fait allusion à la constance de la somme de sensibilité manifestée sur toute la surface du corps.

Le théoricien du dupliscisme, en rapportant en faveur de sa thèse quelques uns des faits dont nous venons de rappeler le mécanisme, a repris la nomenclature qui leur est

attachée. De celle-ci il fait deux parts, rejette l'une et adopte l'autre : « La subconscience de M. Janet n'est évidemment qu'une hypothèse bien plus digne d'un métaphysicien que d'un psycho-physiologiste » (p. 37). Pourtant, l'Auteur adoptera plus tard et sans remarquer la flagrante contradiction, la division introduite par Leibniz entre les perceptions normales et « les petites perceptions sans aperceptions .... que nous laissons passer sans réflexions et même sans être remarquées » (p. 59 et 60): les premières seront celles de l'être complet les autres celles du coêtre. L'exemple rapporté d'après Leibniz est même étonnamment semblable à celui rapporté (p. 29).d'après Harald-Höffding et à propos du quel l'Auteur tourne en ridicule la théorie de la subconscience. N'importe pour le moment, celle-ci n'est qu'une imagination des « physiologistes » (p. 32).« Ce n'était pas assez, dit le dupliciste, d'avoir, grâce à Rousseau, cette « conscience, conscience! voix divine! » que nous ne savions où placer d'ailleurs. Il nous en faut deux maintenant, une conscience, et une subsconscience qui feront même parfois mauvais ménage » (p. 32). Nous rencontrerons encore nombre de passages mettant absolument hors de doute l'invraisemblable confusion commise par l'Auteur entre la conscience morale et la conscience proprement dite.

Quant à la « conscience successive de M. Ribot [que l'Auteur oppose à la subconscience de M. Janet (p. 37)], vaut-elle mieux ? » Non : dans les cas visés il y avait « simultanéité » : de plus « s'il faut que j'admette que l'homme a le don d'une conscience protéique (*sic*), il est logique d'admettre que son semblable qui sera doté du même privilège, le saura de science certaine, en sorte que le phénomène serait tellement naturel pour tous les hommes qu'il ne serait pas venu à l'idée de M. Janet et de M. Ribot d'en chercher une explication ». (p. 37 et 38). Les « savants qui connaissaient tous le dualisme organique, sans se douter qu'ils se le cachaient à eux-mêmes sous le nom de symétrie » (p. 31) et auxquels « Chabry vient démontrer qu'effectivement les deux individus existent » (p. 32), ont donc à plaisir imaginé, pour ne pas se rendre à l'évidence, « sous l'empire d'un préjugé d'éducation » (p. 30), des « rouages moraux aussi compliqués sinon plus que la

Grâce divine de nos aïeux » «p. 32). « O *métaphysique* ! voilà de tes coups ! » (p. 32). Mais si « les hommes de science sont les derniers à voir ce qui saute aux yeux » (p. 31), la vérité s'est pourtant imposée, et.à contre cœur sans doute, ils ont, en exposant les faits, parlé « de deux personnalités ayant chacune sa mémoire » (p. 30), « d'une double conscience simultanée » (p. 29) ; ils ont eux-mêmes décrit des troubles dans lesquels, de leur propre aveu « il semble qu'il y ait deux moi... deux personnes ayant chacune sa mémoire, sa synthèse » (p. 30).

Ces propositions, l'Auteur les adopte tout en les détournant de leur signification. Son « sentiment d'humble ignorant », c'est qu'il faut « tenir compte de ces apparences que tous constatent l'un après l'autre et reconnaître en elles la réalité ... l'homme se révèle sous l'analyse hypnotique mentalement double parce qu'il l'est » (p. 33).

Le simple exposé des *faits* va donc suffire à l'Auteur, non seulement pour montrer la double individualité, mais pour mettre en parfaite lumière tous les détails de la psychologie des co êtres: des données biologiques qui prouvent d'après lui la bi-individualité organique, il passe directement aux faits pathologiques qui prouvent le double individualité psychique, sans avoir eu soin de définir auparavant les attributs des co-êtres, de montrer comment la physiologie et la systématique qui s'adaptaient à la formation directe d'une conscience unique conduisent en réalité à l'existence de deux consciences intermédiaires, de suivre pas à pas la formation de ces deux consciences en partant des organes ou paires d'organes viscéraux, moteurs, sensoriels, communs pour la plupart aux deux individus, d'expliquer enfin comment un des co-êtres peut temporairement dominer l'autre et « gouverner » la personne entière.

La valeur probante n'est pas même restreinte aux cas de troubles de la synthèse psychique accompagnés de symptômes organiques unilatéraux, le dipsomane « qui se réprouve pendant qu'il boit », les « personnes lunatiques qui par périodes sont aimables ou hargneuses » (p. 47) témoignent également d'une modification « de la relation entre nos deux coêtres » (p. 47). Les cas avec symptômes

organiques auraient en effet prouvé une fois pour toutes, et par la seule coexistence de ces symptômes, que la dualité des hémisphères est en cause pour les troubles de la personnalité, des plus simples aux plus complexes, et même accompagnés de symptômes organiques bilatéraux, qu'un hémisphère peut avoir son « caractère » et régir à lui seul une longue série d'états de conscience. Le lien est évident ; nul besoin d'explication : c'est une localisation nouvelle dont il n'y a plus qu'à trouver la place. Mais, comme on devait s'y attendre, l'incompétence de l'Auteur en toutes les branches de la neurologie, après lui avoir permis de citer en faveur de l'indépendance physiologique des hémisphères, des faits qui impliquent leur synergie, l'a amené à attribuer implicitement à l'un d'entre eux (le droit), en même temps que la persistance et la réapparition d'un état de conscience donné, des troubles (aphasiques) qui relèvent de l'hémisphère gauche !

On peut diviser en deux catégories les faits rapportés suivant qu'il y a simultanéité ou succession de « consciences » et absence ou coexistence de symptômes organiques, unilatéraux ou bilatéraux, mais dimidiés.

1° Dans la première, *deux moi se succèdent sans signes organiques dimidiés*. Tel est le cas de cette « démente » alternativement religieuse et prostituée que l'Auteur cite (p. 41) après Ribot : « Nulle théorie dit-il (p. 42), n'a expliqué jusqu'à présent de manière satisfaisante la red'activité entre les deux personnalités ». Cette périodicité constitution d'une personnalité et surtout la périodicité effet ne peut pas faire l'objet d'une explication générale, mais les difficultés que cette explication rencontrerait, sont bien plus complexes dans l'hypothèse de l'Auteur : En admettant même que chaque moitié *physiologique* du cerveau puisse « gouverner » l'autre (1) et, par elle, tout l'or-

(1) Une intéressante observation d'apraxie unilatérale parue le 15 mars 1907) au cours de la correction de nos épreuves, nous parait devoir être brièvement mentionnée ici ainsi que quelques observations antérieures semblables. Elle sera d'ailleurs analysée et critiquée ultérieurement dans ces *Archives*.

En 1902, Bleuler avait publié un cas de « délire unilatéral », délire des actes de la moitié droite du corps. Il admettait la possibilité d'une « séparation fonctionnelle transitoire » des deux moitiés du cerveau et faisait remarquer que, pour un autre cas (Liep-

ganisme, il faudrait avant tout démontrer que les impressions et états de conscience anciens, dont le réveil constitue l'une des personnalités alternantes, ont eu leur siège préféré sinon exclusif dans un des hémisphères ; il s'agit bien, en effet, de la mise en jeu des centres des hémisphères, d'après la seule « explication » que l'Auteur donne : « Quand les conditions de la relation entre nos deux co-êtres se modifient, il y a trouble moral . . . léger... ou très grave, comme chez cette malade qui voulait périodiquement etc. » (p. 47). Or, n'est-il pas indéniable que

mann, 1901) analogue, il était également logique de penser à une certaine « unilatéralité des fonctions psychiques ». Mais le malade de Bleuler était atteint de paralysie générale et par conséquent peu propre à l'étude des questions ici envisagées et déjà abordées à propos des agnosies unilatérales (voir p. 000).

Plus récemment, à propos d'une observation nouvelle, Bleuler a précisé son hypothèse : « Dans beaucoup d'états pathologiques et peut-être même à l'état normal dans les processus psychiques compliqués, un seul aurait (hätte) la direction, de telle sorte qu'il serait le siège de tous les processus essentiels, tandis que l'autre ne jouerait qu'un rôle secondaire ». Abraham, 1907, page 220. Abraham remarque à son tour que cette manière de voir est devenue très plausible « depuis que l'on sait que les hémisphères peuvent agir indépendamment l'un de l'autre ». Le malade à propos duquel il invoque cette notion présentait, consécutivement à une hémiplégie droite avec aphasie sensorielle guérie, de l'apraxie des deux membres droits. De plus l'intervention de la main droite gênait ou empêchait l'exécution des actes commencés et facilement exécutés par la main gauche seule à l'état normal. Les actes commencés « sous la direction » de la main droite ne pouvaient être menés à bonne fin malgré l'intervention de la gauche. « L'état de conscience correspondant (die aktuelle Psyche) serait dit Abraham, profondément altéré par le fonctionnement faux ou insuffisant des centres de l'hémisphère gauche, tant que cet hémisphère à la direction. Par contre, le trouble (des centres de l'hémisphère gauche n'aurait hätte) aucune influence sur les états de conscience dont le substratum est dans l'hémisphère droit (auf die von der rechten Hemisphäre geführte Psyche).

Ce terme de psyche, probablement choisi pour son imprécision même est, de toutes façons, trop compréhensif. Admettons que, dans les cas envisagés, la conscience ait pu avoir pour substrat les engrammes et processus d'un seul hémisphère ; en passant à l'autre, du moment qu'il y a, suppose-t-on, indépendance fonctionnelle (Unabhängigkeit, Abspaltung), elle ne pourrait manquer de subir un changement quelconque dans ce qui constitue le moi, ne fût-ce que temporairement. Or, dans l'observation d'Abraham, à propos de laquelle cet auteur et Bleuler ont repris l'hypothèse de l'indépendance, le Moi assiste sans changer lui-même

dans la plupart des actes qui entrent dans la mémoire, dans ceux surtout dont la répétition a quelque importance pour la formation de la personalité, le siège des impressions par rapport à la ligne médiane n'est pas remarqué ou ne l'est qu'après par réflexion, incidemment et pour une cause accessoire.

L'Auteur a d'ailleurs compliqué lui-même la question des personnalités en admettant la possibilité de trois personnalités successives chez le même sujet : l'une d'elles (la normale, dit-il) étant celle de l'être complet, celle qui traduit l' « accord entre les coêtres ». Il ne pense d'ail-

aux actes tour à tour vains et fructueux qu'accomplissent successivement le côté malade et le côté sain. Comme dans les agnosies (voir p. 000) le trouble fonctionnel reste relativement localisé, malgré son extension éventuelle aux membres des deux côtés. Cette diffusion, qui n'est d'ailleurs caractéristique que dans l'exécution des mouvements devenus habituels, témoigne de l'union transmédiane anatomique et fonctionnelle des centres des deux membres ; on voit sans peine son analogie avec la synergie ancestrale mise en lumière par L. Bolk (voir p. 000) à propos de l'évolution phylogénique du cervelet et dont dérive tardivement l'indépendance fonctionnelle, complète à l'état sain, des deux membres de chaque ceinture. Les associations histologiques intracorticales qui vont présider au mouvement à exécuter par ces deux membres peuvent se former dans l'hémisphère malade et être alors défectueuses le mouvement commencé par la main apraxique ne peut pas être achevé même avec l'aide de la main normale ; elles peuvent aussi se former dans l'hémisphère sain, mais faire place, sur une injonction, par exemple, à celles formées dans l'hémisphère malade ou être perturbées par l'intervention de ces dernières.

Mais dans les deux cas, non seulement les deux hémisphères fonctionnent, mais il est non moins évident que les substrats fondamentaux de la vie psychique, la « psyché » d'Abraham, ne subissent pas le déplacement supposé par cet auteur et Bleuler : en effet les associations histologiques dont nous parlons plus haut concernent des mouvements habituels, et l'observation démontre qu'elles sont inconscientes, ou du moins, ne deviennent conscientes qu'indirectement : le malade ne s'aperçoit pas lui-même de son erreur. Il n'y a rien dans son allure qui ressemble à la succession d'un état second à un état prime : ses pensées se suivent sans la moindre lacune, et leurs manifestations volontaires (langage ou instinctives, autre que celles du membre apraxique, ne témoignent nullement de la substitution d'une « psyché » à une autre. Ce qui fait le fond de la conscience et passera partiellement au premier plan une fois l'acte terminé ou même au cours de cet acte est infiniment complexe, extrêmement diffus et échappe par sa nature même à toute localisation (Cf. avec la critique du cas Louis V. p. 000 à 000.)

ganisme, il faudrait avant tout démontrer que les impressions et états de conscience anciens, dont le réveil constitue l'une des personnalités alternantes, ont eu leur siège préféré sinon exclusif dans un des hémisphères : il s'agit bien, en effet, de la mise en jeu des centres des hémisphères, d'après la seule « explication » que l'Auteur donne : « Quand les conditions de la relation entre nos deux co-êtres se modifient, il y a trouble moral . . . léger... ou très grave, comme chez cette malade qui voulait périodiquement etc. » (p. 47). Or, n'est-il pas indéniable que

mann, 1901) analogue, il était également logique de penser à une certaine « unilatéralité des fonctions psychiques ». Mais le malade de Bleuler était atteint de paralysie générale et par conséquent peu propre à l'étude des questions ici envisagées et déjà abordées à propos des agnosies unilatérales (voir p. 000).

Plus récemment, à propos d'une observation nouvelle, Bleuler a précisé son hypothèse : « Dans beaucoup d'états pathologiques et peut-être même à l'état normal dans les processus psychiques compliqués, un seul aurait (hätte) la direction, de telle sorte qu'il serait le siège de tous les processus essentiels, tandis que l'autre ne jouerait qu'un rôle secondaire ». Abraham, 1907, page 250). Abraham remarque à son tour que cette manière de voir est devenue très plausible « depuis que l'on sait que les hémisphères peuvent agir indépendamment l'un de l'autre ». Le malade à propos duquel il invoque cette notion présentait, consécutivement à une hémiplégie droite avec aphasie sensorielle guérie de l'apraxie des deux membres droits. De plus l'intervention de la main droite gênait ou empêchait l'exécution des actes commencés et facilement exécutés par la main gauche seule à l'état normal. Les actes commencés « sous la direction » de la main droite ne pouvaient être menés à bonne fin malgré l'intervention de la gauche. « L'état de conscience correspondant (die aktuelle Psyche) serait dit Abraham, profondément altéré » par le fonctionnement faux ou insuffisant des centres de l'hémisphère gauche, tant que cet hémisphère a la direction. Par contre, le trouble des centres de l'hémisphère gauche n'aurait (hätte) aucune influence sur les états de conscience dont le substratum est dans l'hémisphère droit (auf die von der rechten Hemisphäre geführte Psyche).

Ce terme de psyche, probablement choisi pour son imprécision même est, de toutes façons, trop compréhensif. Admettons que, dans les cas envisagés, la conscience ait pu avoir pour substrat les engrammes et processus d'un seul hémisphère ; en passant à l'autre, du moment qu'il y a, suppose-t-on, indépendance fonctionnelle (Unabhängigkeit, Abspaltung), elle ne pourrait manquer de subir un changement quelconque dans ce qui constitue le moi, ne fût ce que temporairement. Or, dans l'observation d'Abraham, à propos de laquelle cet auteur et Bleuler ont repris l'hypothèse de l'indépendance, le Moi assiste sans changer lui-même

dans la plupart des actes qui entrent dans la mémoire, dans ceux surtout dont la répétition a quelque importance pour la formation de la personalité, le siège des impressions par rapport à la ligne médiane n'est pas remarqué ou ne l'est qu'après par réflexion, incidemment et pour une cause accessoire.

L'Auteur a d'ailleurs compliqué lui-même la question des personnalités en admettant la possibilité de trois personnalités successives chez le même sujet : l'une d'elles (la normale, dit-il) étant celle de l'être complet, celle qui traduit l' « accord entre les coêtres ». Il ne pense d'ail-

aux actes tour à tour vains et fructueux qu'accomplissent successivement le côté malade et le côté sain. Comme dans les agnosies (voir p. 000) le trouble fonctionnel reste relativement localisé, malgré son extension éventuelle aux membres des deux côtés. Cette diffusion, qui n'est d'ailleurs caractéristique que dans l'exécution des mouvements devenus habituels, témoigne de l'union transmédiane anatomique et fonctionnelle des centres des deux membres ; on voit sans peine son analogie avec la synergie ancestrale mise en lumière par L. Bolk (voir p. 000) à propos de l'évolution phylogénique du cervelet et dont dérive tardivement l'indépendance fonctionnelle, complète à l'état sain, des deux membres de chaque ceinture. Les associations histologiques intracorticales qui vont *présider* au mouvement à exécuter par ces deux membres peuvent se former dans l'hémisphère malade et être alors défectueuses : le mouvement commencé par la main apraxique ne peut pas être achevé même avec l'aide de la main normale ; elles peuvent aussi se former dans l'hémisphère sain, mais faire place, sur une injonction, par exemple, à celles formées dans l'hémisphère malade ou être perturbées par l'intervention de ces dernières.

Mais dans les deux cas, non seulement les deux hémisphères fonctionnent, mais il est non moins évident que les substrats fondamentaux de la vie psychique, la « psyché » d'Abraham, ne subissent pas le déplacement supposé par cet auteur et Bleuler : en effet les associations histologiques dont nous parlons plus haut concernent des mouvements habituels, et l'observation démontre qu'elles sont inconscientes, ou du moins, ne deviennent conscientes qu'indirectement : le malade ne s'aperçoit pas lui-même de son erreur. Il n'y a rien dans son allure qui ressemble à la succession d'un état second à un état prime : ses pensées se suivent sans la moindre lacune, et leurs manifestations volontaires (langage) ou instinctives, autre que celles du membre apraxique, ne témoignent nullement de la substitution d'une « psyche » à une autre. Ce qui fait le fond de la conscience et passera partiellement au premier plan une fois l'acte terminé ou même au cours de cet acte est infiniment complexe, extrêmement diffus et échappe par sa nature même à toute localisation (Cf. avec la critique du cas Louis V. p. 000 à 000.)

que,chez ces deux derniers,ce sont les deux co-êtres qui discourent ou qui jouent? Nous dirons alors que,chez le dipsomane, c'est l'« être complet » qui blâme et la paire des co-êtres qui boit »? Mais,sans chercher dès maintenant si chacun des coêtres est conscient de l'acte exécuté et de la collaboration de son congénère, s'il est d'autre part distinct du MOI,qui a pourtant conscience et de l'acte et de la réprobation, si l'acte, par conséquent, est connu deux fois,si enfin la conscience du co-être est connue au moins d'elle-même, sans examiner toutes ces questions qui,disons le par anticipation, ne sont même pas abordées par l'Auteur,que trouvons-nous chez le dipsomane; l'opposition des « ardents appétits » des coêtres,c'est-à-dire des désirs et des tendances, aux notions morales fournies par l'éducation et l'action du milieu : qu'y-a-t-il là que le duplicisme puisse réclamer ou se vanter d'éclaircir ; il aurait toujours à donner la raison de cette entente des co-êtres échappés à l'action du moi. Si, par contre,comme dans le deuxième exemple que nous allons citer,les coêtres sont seuls en scène, d'où vient que l'impulsion est suivie d'effet et comment le coêtre qui réprouve laisse-t-il agir celui qui boit,c'est-à-dire met à contribution les fonctions motrices des deux moitiés du névraxe ? Dans ce cas donc il n'y aurait pas simple « gouvernement » de l'être entier par un co-être et on ne peut pas dire, comme on le dira plus tard : « le bon,le réprobateur, est celui que *dirige* le cerveau gauche par exemple ; le mauvais,le buveur, celui que *dirige* le cerveau droit ». Il y a bien deux groupes distincts de faits psychiques,mais la « dualité » anatomique du système nerveux n'y est pour rien : l'un de ces groupes occupe ou dirige tout l'appareil moteurs ; l'autre,étranger au mouvement,n'est fait que de souvenirs et de raisonnements. Mais y-a-t-il deux *consciences* ; les deux groupes ne sont ils pas contenus dans la même ? De toutes façons, on retombe dans la conception classique, que justifie si exactement l'observation de tant de faits analogues.

Le deuxième cas est celui d'un sujet qui « entretient en même temps deux conversations, l'une par écrit, l'autre verbalement. » (p. 38). Cet exemple soulève les mêmes remarques que le précédent : il relève de la subconscience,

« hypothèse, affirme l'Auteur, imaginée seulement pour expliquer un fait que la dualité de notre nature explique ». (p. 39). La « dualité de notre nature » est-elle donc plus explicite ? Le fait met-il en lumière « l'indépendance relative des deux hémisphères » (p. 39) ? Les centres du langage ne siègent-ils pas tous dans le même ? Il arrive souvent, d'ailleurs, que l'on réponde à une question sans interrompre l'acte d'écrire, de même que, mais plus rarement, soit en parlant, soit en écoutant, on peut noter par écrit quelque idée tout à fait étrangère à la conversation. Dans l'un et l'autre cas, l'hémisphère gauche, non seulement « gouverne », mais accomplit à lui seul les actes qui, pour l'Auteur, dépendraient chacun d'un hémisphère et démontreraient ainsi l'indépendance fonctionnelle des deux. De plus, ces actes eux-mêmes, comme les souvenirs qu'ils expriment, demandent et traduisent la collaboration des deux moitiés du télencéphale.

Le choix de cet exemple est donc particulièrement malheureux, car la lecture et l'écriture sont des plus complexes parmis les actes simultanés connus ; ils sont aussi de ceux dont il est le plus facile de contrôler le degré d'indépendance et de perfection.

3° On connaît de nombreuses observations de *succession de deux moi avec symptômes organiques dimidiés*. L'Auteur en rapporte une citée par Ribot(*Maladies de la Personnalité*),1894,p. 80 à 89) d'après Camuset, Borru et Burot et maintes fois reproduite depuis. Nous ne la rapporterons pas ni ne critiquerons pas en détail les conclusions qu'en tire l'Auteur. Elles sont passibles des objections faites pour les exemples précédents : « V..., le bon est celui que dirige l'hémisphère gauche, V... le mauvais celui que dirige l'hémisphère droit. » (p. 46). Pourtant « quand les conditions de la relation entre nos deux co-êtres se modifient, il y a trouble moral en nous » (p. 47). Or l'état -- ou les états -- dans lesquels il n'y avait pas de trouble moral se sont présentés chez Louis V... tantôt avec symptômes dimidiés, tantôt en l'absence de ces symptômes : de quel droit faire alors de cette observation un argument en faveur de l'alternance d'action ou de suprématie des hémisphères cérébraux ? Du reste, avant de passer par les « six états » sur lesquels

se porte l'attention de l'Auteur, le sujet avait présenté une période de réveil des sentiments moraux, absolument semblable, moins les troubles de la parole à certaines des périodes envisagées par l'Auteur, et au cours de laquelle aucun symptôme n'avait permis de mettre en cause la prééminence de l'un des hémisphères : il y avait à ce moment en effet de la paraplégie. Cette paraplégie reparaît dans un état observé ultérieurement, le sixième. A ce moment, V... est « bon » mais il y a des lacunes dans sa mémoire et « il a oublié à écrire et à lire » : l'hémisphère malade est donc l'hémisphère gauche, partiellement d'ailleurs, puisque le membre supérieur est indemne de tout trouble. Mais la perte de la lecture et de l'écriture équivaut bien, je pense, ne serait-ce que par l'étendue de la zone corticale troublée, à l'hémiplégie et hémianesthésie droites que l'Auteur considère comme indiquant d'une façon certaine le trouble et l'infériorité de l'hémisphère gauche et la suprématie effective de l'hémisphère droit. La phrase citée plus haut : « V. le bon, est celui que dirige l'hémisphère gauche » est donc en contradiction avec les faits mêmes sur lesquels l'Auteur s'appuye : une analyse un peu moins sommaire de son observation aurait suffi sans doute à lui en faire choisir une autre et à lui démontrer, non seulement que la coexistence de tel état mental avec un trouble donné de la senso motilité était purement contingente (paraplégie, troubles du langage), mais encore que cette coexistence n'avait pas même eu lieu dans le sens qu'il indique et qui seul peut en effet cadrer avec sa théorie. On a d'ailleurs remarqué que tous les troubles dimidiés étaient de nature hystérique, et, par conséquent, qu'il est impossible de les rattacher à un trouble fonctionnel d'un hémisphère, comme l'hémiplégie et l'hémianesthésie organiques.

4° Cette remarque trouve encore son application dans la dernière des catégories entre lesquelles nous avons réparti les cas cités par l'Auteur (p. 27 à 29) à l'appui de sa thèse, celle des observations de *simultanéité de deux moi avec symptômes organiques dimidiés.* Une femme en catalepsie est invitée à se laver les mains et les frotte vivement l'une contre l'autre. « Ferme-t-on un œil du sujet, le bras du même côté retombe inerte, tandis que l'autre

cherche à continuer le mouvement de friction ».Il est inutile d'insister sur le rôle de l'éducation, parfaitement inconsciente dans ces faits d'hypnotisme ; ils démontrent, quelle que soit leur pathogénie, l'alliance de certaines associations motrices avec certaines associations sensitives sensorielles. Mais ces alliances peuvent s'établir d'un hémisphère à l'autre et ne sont donc pas en faveur de la théorie de l'Auteur ; l'observation de Louis V... montre qu'elles peuvent réaliser toutes les combinaisons possibles. Le dernier cas milite dans le même sens : l'occlusion d'un œil agit également sur les deux hémisphères : il n'y a aucune raison qui permette de supposer que l'inertie du bras produite par l'occlusion de l'œil droit résulte de la suppression fonctionnelle d'un hémisphère, ou, en d'autres termes, que, dans ce cas, les hémisphères agissent, même pour un temps très court, indépendamment l'un de l'autre. Ce fait met bien en lumière, quoiqu'il soit très simple en apparence, l'extrême complicité des phénomènes de l'hypnose.

L'Auteur rapporte encore, d'après l'ouvrage cité de Ribot, le cas d'un sujet en train de lire et dont la lecture est interrompue par l'occlusion d'un œil, le droit, tandis que l'occlusion de l'œil gauche reste sans effet. Il suffira de rapporter les considérations inspirées à l'Auteur : « A la théorie dupliste d'aucuns objecteront que des faisceaux nerveux relient ensemble la droite et la gauche et les solidarisent. Cela serait surtout vrai des yeux, car, de chaque œil partent des nerfs qui vont de l'un à l'autre cerveau (*sic*). Or cela n'empêche pas que le cerveau gauche à cessé de *voir* ? quand on a fermé l'œil droit du sujet. » (p. 28). Il faudrait avoir depuis longtemps suivi le malade pour dépister la cause de l'association, probablement fortuite et due peut être à une circonstance tout à fait accessoire, établie entre la vision par l'œil droit (impression des deux moitiés du champ visuel de cet œil, fonctionnement de ses muscles, etc.) et l'exercice des centres du langage. Mais, quels que soient cette cause et le mécanisme mis en jeu, il est doublement fautif de dire, avec l'Auteur : « L'arrêt du fonctionnement de la circonvolution de Broca, et par suite l'arrêt de la parole, ne s'explique qu'en supposant l'arrêt de la vision » (p. 28) ; la suppres-

sion totale du champ visuel d'un œil ne peut avoir avec l'inhibition des centres du langage que des connexions contingentes créées par les particularités de l'évolution individuelle et elles-mêmes sans rapport avec la localisation des diverses régions corticales intéressées dans les deux hémisphères.

Le troisième cas, également cité d'après Ribot qui l'avait emprunté à Dumontpallier, paraît beaucoup plus caractéristique : la mimique de la face est dissociée et exprime dans chaque moitié des sentiments en rapport juste avec les souvenirs réveillés par un récit fait à l'oreille correspondante : « Le côté droit sourit... le côté gauche traduit le désagrément... Le visage exprime à droite la satisfaction,à gauche l'inquiétude » (p. 28 et 29). D'après Bérillon, l'expérience a été répétée avec variantes par Charcot ou d'autres observateurs sur plusieurs sujets. Dans plusieurs cas, de certains détails (parole, opposition par la malade elle-même de l'état affectif créé par un récit à l'état affectif créé par l'autre), on peut conclure que le moi persistait,comme c'est le cas habituel dans les hallucinations unilatérales antagonistes alternantes ou simultanées (voir Séglas, 1903, surtout p. 20 et 599). Ces détails,joints à ce fait que des hallucinations visuelles artificielles pouvaient également provoquer ou entretenir la dissociation mimique, montrent d'ailleurs une fois de plus que chaque état affectif, avec sa cause (récit provoquant une hallucination visuelle ou auditive) et ses manifestations (mimique) concernait les deux hémisphères. Le point capital, sur lequel l'expérimentateur insistait déjà pour prévenir l'objection de simulation est la discordante mimique à droite et à gauche : cette discordance est en effet difficile à reproduire volontairement, du moins pour un sujet sain ; mais il n'en est pas de même pour l'hystérique, chez lequel des faits nombreux démontrent que des associations entre des phénomènes moteurs et des idées ou impressions peuvent s'effectuer suivant toutes les combinaisons possibles et même au détriment de mouvements complexes à rapprocher de la dissociation de sensation complexes,tels que ceux de la mimique lesquels se trouvent ainsi dissociés, dimidiés dans le cas actuel. Le sujet avait, comme les précédents, associé soit spontané-

ment, soit grâce à la longue et puissante éducation dont il avait été l'objet, à la perception par les organes, sensorides d'un côté, les mouvements du même côté. La persistance de la conscience, ou au moins de certains souvenirs récents de l'état de veille, indéniable dans certaines expériences, surtout au début de chacune d'elles, sans permettre l'hypothèse de simulation, rend le résultat un peu moins extraordinaire chez des êtres « faibles d'intelligence... manifestant très bien quand il savent ce qu'on veut d'eux » (Pouchet). Dans plusieurs autres expériences du même ordre, le moi semble avoir disparu complètement; la dissociation mimique, mise en jeu par l'habitude associatrice entre perceptions et mouvements d'un côté, s'explique de même grâce à l'existence des nombreux centres hiérarchisés du diencéphale et du tronc cérébral qui président aux mouvements de la face et qui peuvent agir seuls, une fois soustraits à l'influence du cortex, soit par des lésions du lobe frontal corticales ou centrovalaires bilatérales, soit par certaines lésions thalamiques, soit par l'inhibition créée par l'hypnose ou certains états émotifs intenses. Dans tous les cas où la nature des excitants est telle que l'on ne puisse admettre un simple lien réflexe entre eux et les manifestations somatiques, rien ne prouve que chaque excitant soit connu par une conscience qui ne connaît pas l'autre, car les impressions peuvent disparaître du champ de la conscience lors même que persistent leurs manifestations extérieures ; inversement, la manifestation d'un état de conscience peut persister alors que la conscience est ocupée par une représentation différente même opposée. Or, dans toutes les expériences relatées par Bérillon, la mimique de chaque côté de la face une fois établie, durait un certain temps et se trouvait en rapport avec les excitations reçues par les organes du même côté, identiques ou semblables à l'excitation princeps.

La dimidiation des phénomènes moteurs ne prouve rien en faveur de l'indépendance psychologique ni même physiologique des hémisphères. Cette dimidiation suppose souvent même la mise en jeu de souvenirs et images complexes, autres que ceux du langage qui impliquent forcément la synergie des deux hémisphères dans chaque

état affectif : elle n'a pas été notée après des excitations simples, non prévues et ne nécessitant pas d'interprétation.

Enfin, l'expérience suivante, d'autant plus démonstrative ? que sa valeur probante se tourne évidemment contre l'opinion soutenue par ses auteurs, rend palpable, pour ainsi dire, l'absence de toute relation entre les phénomènes moteurs ou sensitifs dimidiés et les dédoublements apparents de la conscience, d'une part, et l'indépendance fonctionnelle des hémisphères d'autre part :

« M. C... est mise en somnambulisme par légère pression sur le vertex...; on lui ordonne d'ouvrir complètement les yeux. On fixe alors dans le plan vertical médian de la figure du sujet un écran disposé de telle façon que chacun de ses yeux ne puisse voir que les objets situés du côté correspondant de l'écran. Un des assistants place alors son visage *dans le champ visuel de l'O. D.* ; un autre *dans le champ de l'O. G.* L'expérimentateur, par un geste, simule alors une difformité ridicule sur le visage placé du côté droit et une difformité repoussante sur le visage placé du côté gauche. Aussitôt et simultanément, la face de la malade exprime, à droite, la gaîté la plus franche, tandis qu'à gauche elle revêt l'expression de l'horreur la plus profonde. Cette double expression... persiste assez longtemps pourqu'on puisse la photographier à loisir ». (Bérillon, 1884, p. 183 et 184.)

A propos du rôle des troubles de la mémoire dans les variations de la personnalité, l'Auteur expose une théorie nouvelle sur la genèse du *sentiment de l'identité.* Tandis que les philosophes qui ne connaissent pas la biindividualité « ne peuvent l'expliquer que par la mémoire » (p. 45), le duplicisme « reconnaît et fonde le sentiment de l'identité, non dans la succession des impressions et sensations car... ». J'interromps la citation pour faire remarquer une grave méconnaissance des données élémentaires de la psychologie : la mémoire qui joue un rôle dans le sentiment de l'identité ne comprend pas seulement « la succession des impressions et sensations » ainsi que l'Auteur le fait dire injustement à ses adversaires, mais tous les processus psychiques qui entretiennent et qui forment l'idée du moi : Sentiment d'effort, apports cœnesthésiques..... ou encore « la réflexion, le jugement et la décision » que l'Auteur exclut à tort de la conception

ordinaire du sentiment de l'identité. Qu'il consulte à ce sujet deux livres classiques de tendances opposées : la *Psychologie* de H. Hoffding (p. 179 et sqq.) et celle de Rabier (6e édit., 1898, p. 443 à 454).

Je reprends la citation : «...car ces impressions peuvent n'appartenir qu'à une seule de nos deux individualités... » ; il y aurait à l'état normal deux consciences coexistantes pouvant se communiquer leurs impressions (!) mais pouvant aussi garder leur indépendance. Chacune d'elles, puisque conscience elle est, a pourtant droit à un « sentiment d'identité ». Ce sentiment, où le placer ? qui en a connaissance ? Se confond-il temporairement, ou définitivement à un certain stade de l'évolution, avec celui de l'autre co-être puis avec celui de « la personne »? Bref, le duplicisme place le sentiment de l'identité « dans l'activité coordonnée de nos deux activités élémentaires ...coordination qui s'affirme ... par la raison et la volonté. C'est.. le sens que j'ai dans le passé de cette Raison et de cette Volonté qui constitue la personnalité et l'unité de moi. » (p. 45 et 46). Mais si les deux coêtres peuvent être, au moins temporairement, complètement indépendants, leur activité sera-t-elle constamment coordonnée, et n'y aurait-il pas tôt ou tard dans la mémoire des lacunes pouvant se manifester par du désordre apparent des actes ou des idées ? De plus, à quoi est dû, pour le duplicisme, le sentiment de l'identité chez l'enfant avant l'établissement ou la formation de la Raison et de la Volonté ? Or, chez l'enfant, ce sentiment, évidemment moins complexe que chez l'adulte, est relativement aussi puissant et peut être davantage, car la force de fixation de la mémoire est plus élevée que chez l'adulte (Adamkiewicz) et les représentations qui jouent le plus grand rôle dans le sentiment du moi, et que l'Auteur néglige pourtant presque complètement, celles que fournit la cœnesthésie, sont relativement aux autres, plus nombreuses que chez l'adulte. Enfin, le duplicisme, qui n'explique pas le sentiment de l'identité ou le sentiment équivalent chez l'enfant, serait également incapable d'en expliquer la soudure au sentiment dû plus tard à la Raison et à la Volonté de la « Personne entière ». D'ailleurs si, à l'origine des altérations de la personnalité, on peut observer des troubles du

raisonnement et des volitions, on sait que ces troubles ne sont pas primitifs,mais secondaires à des modifications profondes de la cœnesthésie ou de la sensibilité tactiles, modifications dont des troubles organiques donnent souvent la raison d'être.

B. ATTRIBUTS DES CO-ETRES.— L'Artiozoaire est essentiellement un, et les faits pathologiques pris comme preuve du contraire montrent en réalité dans l'unité de la conscience normale, comme dans la pluralité des synthèses pathologiques partielles, la synergie constante et nécessaire des deux moitiés de l'organisme. Se pourrait-il pourtant que le duplicisme eût la valeur d'un symbole, et aux « observations et classifications admises par les psychologues..., apportât une singulière clarté » (p. 49) ?

1° On est surpris du petit nombre des *faits* psychiques normaux auquel l'Auteur cherche à faire l'application de sa théorie : ces faits, même, se réduisent à un seul,la délibération qui précède la décision ; du reste, comme les faits pathologiques, ils sont censés prouver le dualisme par leur seule existence et dispenser de toute explication. Si, en effet, la conscience devenait une, par exemple, par « subordination absolue et permanente d'un co-être à l'autre..., toute la vie psychique,toute la vie morale *resteraient aussi ténébreuses* qu'elles le sont aujourd'hui,et ce sentiment universel que les romanciers non moins que les philosophes ont si souvent mis en relief,cette délibération en soi-même, ces hésitations de conscience...*resteraient inexpliquées* malgré les efforts de MM. Ribot et Janet. » (p. 96 et 97).

Mais si, dans tout le reste du livre,l'Auteur paraît véritablement oublier son sujet, la démonstration, évidemment ardue, de l'indépendance des coêtres, il se rejette sur un développement facile, souvent indiqué, (voir notamment Grasset, 1904), et même, en un certain sens, depuis longtemps classique : l'opposition des faits psychiques dans lesquels domine la part du spontané, du réflexe,de l'organisme,à ceux où s'affirment surtout la raison, le sentiment du libre arbitre,et qui aboutissent à des connaissances plus générales et moins empiriques ; les premiers, on le devine, appartiennent aux co-êtres ; les

seconds sont le propre du « moi supérieur » ou « Etre complet ». A ce dualisme par lequel l'Auteur cherche à complèter et à confirmer le dualisme originel ou de juxtaposition,et qu'il tend même parfois à subsituer à ce dernier, on peut donner provisoirement le nom de dualisme *transversal*.

Mais, quoiqu'il soit très logique de parler de conscience et de subconscience, il est évident que le dualisme transversal, bon pour les facultés ou opérations de l'esprit, ne peut pas s'appliquer au caractère commun à tous ces actes, celui d'être accompagné de conscience. Cherchons donc, avant de passer aux attributs proprement dits des coêtres, si les actes extérieurs, les manifestations de l'animal ou de l'homme,auxquels assistent les deux co-êtres, sont pour chacun de ceux-ci des actes mentaux, si les sensations de l'un sont communiquées à l'autre comme sensations ou comme ébranlements : cherchons en un mot à développer la notion de l'indépendance psychologique des co-êtres et à voir si la vie psychique de chacun d'eux, sa conscience, peut-on dire par abréviation, peut coexister avec celle de l'autre et celle du moi, la remplacer au besoin, s'y souder, bref,si cette dualité et cette cette indépendance sont d'accord avec les données de l'observation interne, seule bon juge en l'espèce.

2° *Conscience des co-êtres*.--L'Auteur ne l'étudie jamais en elle-même, c'est-à-dire au point de vue de sa dualité : suivant son habitude, il affirme à plusieurs reprises l'indépendance et même l'opposition des co-êtres, mais il évite de les préciser et de les limiter. Que conclure des passages suivants ? « Même en les supposant communiquées d'un co-être à l'autre, les sensations peuvent, si elles ne sont pas contradictoires, s'ajouter sans donner lieu au contrôle de l'Etre complet,ou au contraire. ... En ce dernier cas, au dualisme *entre les deux coêtres sentants*... » (p. 79). « ... Les deux coêtres organiquement distincts quoique en relations régulières ... » (p. 97). Si les coêtres, dit l'auteur, devenaient parfaitement identiques l'un à l'autre, jusqu'à n'en faire plus qu'un moralement, « la même sensation surgirait en même temps dans chacun d'eux » (p. 95). Avec la meilleure volonté du monde, on ne voit là qu'une affirmation répé-

tée sous des formes diverses sans le moindre effort pour apporter quelque éclaircissement sur cette indépendance avec communications. Pourtant, dira-t-on peut-être, « indépendance avec communications » qu'y-a-t-il de plus fréquent et de plus facile à concevoir ? Deux interlocuteurs, deux correspondants ne représentent-ils pas cet état ? Il est même probable que c'est à cela que l'Auteur a pensé et que c'est cela qu'il a chargé de représenter et résoudre la difficulté dans l'esprit des lecteurs. Mais, la conscience de gauche, par exemple, étant remplie par une sensation, la conscience de droite l'est-elle aussi et simultanément par la même sensation ? Non, d'après les données mêmes du problème. La conscience de gauche communique t-elle la sensation à celle de droite ? Si elle ne le fait pas toujours, elle peut le faire ; elle paraît même agir le plus souvent ainsi, d'après les dernières parties du livre. Cette communication ne peut-elle pas ne se faire que par une manifestation qui n'est déjà plus la sensation, mais un signe, naturel ou conventionnel, représentant cette sensation ? L'ouvrage entier reste muet sur ce point. Je continue donc : en effet, un fait psychologique commun à deux consciences n'est plus *un*, mais *deux* faits psychologiques. Donc, dire que la sensation est communiquée comme sensation, ce serait dire qu'une même sensation est double étant connue des deux coêtres, chose contraire aux données du problème d'après lesquelles il y a deux consciences *indépendantes*, ce qu'elles ne seraient pas si leurs contenus étaient, même temporairement, identiques, chose qui, par surplus, renferme une contradiction. D'autre part, cette manifestation, naturellement connue de la conscience du co-être qui la fait, comment est-elle connue de la conscience à qui elle est destinée ? Elle ne peut pas l'être de la même facon que de la conscience de celui qui la fait, sans quoi nous retomberions dans les difficultés rencontrées à propos de la communication de la sensation ellemême. Elle est donc connue d'une façon différente, vue pour ainsi dire par chacune de ses faces par chacun des coêtres ; ce n'est donc pas une chose immatérielle, une chose inétendue, par exemple une suggestion pure, ce ne peut pas être seulement une idée commune : c'est forcément un fait complexe, susceptible d'être envisagé sous plu-

sieurs aspects, c'est-à-dire un fait matériel, *une modification organique*. Mais cette modification née de la sensation, nécessaire à la théorie, ne voit-on pas d'emblée l'impossibilité de l'admettre, et tout d'abord, de la localiser, puis dela supposer connue des deux consciences, en l'absence, ou plutôt indépendamment du moi !

Concluons donc provisoirement que, si la conscience d'un co-être, c'est-à-dire d'un animal simple idéal, est possible, l'Auteur n'a pas su démontrer cette conscience chez l'animal conjugué, ce qui revenait uniquement à montrer l'indépendance des consciences des deux co-êtres en se réservant, il est vrai, un chemin pour le retour à l'unité.

Prenons l'hypothèse contraire,inapplicable à l'homme, qui doit précisément au commerce psychique incessant des deux co êtres sa supériorité intellectuelle, mais, à la rigueur, admissible pour les animaux chez lesquels les co-êtres se contentent d'une collaboration instinctive et inconsciente : les deux consciences ne communiqueraient pas et seraient parfaitement indépendantes ; elles seraient même étrangères l'une à l'autre.Mais le rôle de l'Auteur était justement de considérer les actes des animaux qui dépassent la vie purement instinctive et d'y montrer la manifestation de deux consciences distinctes, appartenant à des êtres à tendances opposées. Il a complètement négligé de le faire : ce n'est pas à nous de le faire à sa place, ni même d'en chercher la manière. D'autre part, l'Auteur se défend de soutenir, avec Wagan, que l'homme ait « deux esprits » (p. 22),tandis qu'il s'étend à maintes reprises sur les actes psychologiques des co-êtres et leur « tendance au fonctionnement indépendant et autonome dans le domaine de la motilité, de la sensibilité tactile . . » (p. 78). On ne saurait douter, dit-il encore, qu'il y ait, chez le coêtre dissocié, « rapport conscient entre l'impression perçue et la réaction qui s'ensuit » (p. 92). Réduisons pour plus de sûreté la donnée de la conscience du co-être à sa plus grande simplicité, laissant de côté la question de l'indépendance,et voyons si cette conscience est justifiée par les nouvelles considérations biologiques de l'Auteur.

« Un des blastomères (dans l'expérience de Chabry) sur-

vit et donne naissance à un demi-individu ou plutôt à un individu simple... En face de cette confirmation expérimentale... est-il permis de douter de la biindividualité de l'être humain ? » (p. 17 et 18). Or, si l'on peut considérer l'individu comme défini par sa seule organisation, on ne peut séparer celle-ci de sa vie psychologique. Lors même que l'expérience de Chabry n'aurait pas été faussement interprétée, l'Auteur n'avait pas le droit d'en transporter à l'homme les conclusions, sans donner du mot individu une définition nouvelle : appliqué à l'homme, ce concept est inséparablement lié à celui de personne. Dire « qu'aucun des deux individus n'est une fin en lui-même, et que leur raison d'être commune à tous deux et égale, c'est l'être double qu'ils constituent et qui seul devient la personne humaine » (p. 23 et 24), c'est esquiver la définition attendue. En disant que la personne est une fin en soi, Kant n'entendait pas non plus la définir et ne cherchait qu'à donner une formule morale. Si l'Auteur avait à son tour cherché à définir la personne, il aurait remarqué sans doute qu'il n'y a pas de différence essentielle entre elle et l'individu, et que le premier terme implique seulement un degré plus élevé des fonctions psychiques, fonctions que l'Auteur accorde, du reste, dans la plus large mesure, à chaque co-être : il ne pouvait pas faire de ce dernier un individu entier et une personne incomplète, ou, puisque la personne est pour lui « un produit et non une somme », un individu *humain* qui ne fût pas une personne.

Le fait que les *Artiozaires* à système nerveux disséminé, les Rotifères, par exemple, sont doués « de sensibilité, d'intelligence et de volonté » (p. 55), est-il « une sérieuse raison d'analogie physiologique » (p. 54) donnant le droit d'attribuer aux co-êtres, non pas même « une vie psychique relativement très haute », mais simplement une conscience propre ? La généralisation serait à la rigueur légitime pour les Arthropodes où les relations entre les centres et la périphérie sont le plus souvent directes et où les anastomoses transmédianes sont relativement peu développées (quoiqu'elles le soient pourtant beaucoup plus qu'on ne le croyait avant les derniers travaux sur les neuro-fibrilles). Mais pour les Vertébrés, chez lesquels on

constate, dès les premiers degrés de la série, de puissantes commissures et des entrecroisements multiples, la généralisation n'est plus possible ; elle l'est d'autant moins que les centres sont d'autant plus sévèrement subordonnés les uns aux autres que l'animal est plus élevé.

Du reste, pour que son raisonnement par analogie eût quelque valeur, l'Auteur aurait dû,ou partir d'un animal à système nerveux simple, qu'il a vainement cherché ou d'observations faites sur un Artiozaire divisé,en ses deux moitiés, et prouver que les réactions de chacune de celles-ci traduisaient la conscience des excitations. En descendant jusqu'aux animaux inférieurs aux Artiozoaires, il a condamné lui-même son système.

Admettons néanmoins que la conscience du co-être soit possible : quel peut être son *contenu* ? Chez l'enfant, dit l'Auteur,le moi n'est pas encore formé, les co-êtres seuls sentent et agissent : le font-ils simultanément ? Mais on n'a jamais rien observé chez l'enfant qui permît d'affirmer que chez lui, comme chez certains hypnotisés, les états de conscience s'intègrassent en deux séries parallèles. Le font-ils alternativement ? Mais on n'a jamais non plus rien observé qui rappelât l'alternance d'un état prime et d'un état second. La communication des sensations d'un co-être à l'autre,mentionnée plusieurs fois par l'Auteur ne peut pas résoudre la difficulté : deux personnes qui communiquent par téléphone gardent bien chacune leur existence propre.

Chez l'adulte,la conscience du co-être ne peut pas être confondue avec celle du moi, en être, par exemple, le degré inférieur, représenter la conscience spontanée ou élémentaire de la personne : en effet, elle a une existence inpendante, dit l'Auteur, qui d'ailleurs,à plusieurs reprises a repoussé la « subconscience » (p. 32) ; elle préexistait au moi. On ne peut dire non plus qu'elle forme celle du moi à un moment donné ; tout au moins elle en reste distincte, puisque le moi l'interroge et peut repousser ses impulsions. Or on a vu que l'Auteur proclame l'unité de la conscience : c'est du reste la donnée fondamentale de l'observation interne. En admettant même que le moi communique avec les co.êtres,on ne peut dire qu'il connaisse leur conscience, ou plutôt leurs actes, qu'il rende lui-même ces

dupliste dit, «plus simplement», que la première est celle du co-être, la seconde « celle que l'Etre complet a directement exercée » (p. 70). Suivent de longues citations, empruntées à Laromiguière, Maine de Biran, Diderot, Ribot, en plusieurs points mal interprétées, sur l'*abstraction* sensorielle, propriété du co-être, opposée à la *généralisation* maintenant réservée au seul Moi ; sur l'*imagination* et enfin la *volonté*. Mais dans tout ce long chapitre, l'Auteur perd de vue le dualisme longitudinal et ne songe qu'au dualisme transversal : il se demande si leur assimilation est légitime (p. 78) et, quoiqu'il n'aît pas une seule fois pensé à montrer le jeu indépendant des deux co-êtres dans les nombreux faits qu'il a passés en revue, il répond, suivant sa coutume, en affirmant simplement ce qu'il fallait démontrer : « L'assimilation est légitime, sous réserve d'une explication : c'est que dans l'ordre physiologique comme dans l'ordre psychologique, il y a en réalité deux dualismes qui se superposent » (p. 78). Il rappelle un exemple pris dans l'hypnologie : « Dans l'ordre psychologique, *il semble bien* qu'il y ait même dualité de dualismes. Le sujet hypnotisé qui rit à droite et pleure à gauche... » (p. 79). Mais la confusion commise est si bien établie que l'Auteur reproche aux « psychologues » qui ont vu le dualisme longitudinal « dans notre corps, sur la table d'autopsie où leurs mains pouvaient le palper où leur scalpel pouvait le rendre plus manifeste encore » (p. 81), de n'avoir pas vu le dualisme transversal pourtant constaté par eux-mêmes dans les phénomènes de l'esprit, aveuglés par un préjugé, « le concept mystique et absolu de l'unité de l'âme [1]..., ils ont accumulé les subtilités pour expliquer, sans y parvenir..., comment, dans l'âme une, pouvaient exister des instincts contradictoires, comment dans l'âme homogène pouvaient exister des *compartiments* et des antagonismes » (p. 81).

On a pu remarquer que la hiérarchisation imposée par l'Auteur aux faits psychologiques n'a pas pour tous la même valeur et que l'attribution des seuls degrés inférieurs à des êtres capables de juger, de comparer, de délibérer, est souvent arbitraire et jamais justifiée ; on a remarqué aussi combien varie, suivant les besoins du moment, la capacité des co-êtres. On se demandera sans doute ce que

peut devenir leur indépendance réciproque, leur conscience propre, dans cette compénétration du moi et d'eux-mêmes et si cette compénétration, cette continuité parfaite n'est pas à elle seule une négation de la biindividualité, puisque une conscience unique préside en réalité à l'exercice des facultés du moi et des deux co-êtres.

Nous avons déjà vu que le seul attribut des co-êtres qui ne fût pas contradictoire avec les prémisses posées par l'Auteur consistait dans des *tendances inconscientes*. Arrêtons-nous pourtant sur trois de leurs attributs, la *raison*, l'*imagination* et le *désir*, qui ont quelque rapport avec ces tendances.

Les co-êtres n'avaient tout à l'heure qu'une mémoire « rudimentaire» et pourtant ils enregistraient toutes leurs expériences. Ils sont voués au fatum, soumis humblement à leurs impulsions, mais capables de «saisir les rapports qui unissent les objets entre eux, les idées entre elles...» (p. 56) Bien, plus ils possèdent un certain degré de raison directrice : «Sous l'influence des motifs... pour éviter l'incoordination d'activité.... ils font entrer en conférence leur respective faculté de raison. Les deux raisons individuelles... s'accordent... » (p. 106); elles envisagent les conséquences lointaines de l'acte en question, « prendront connaissance du milieu et de la manière dont il serait influencé par la résolution à prendre » (p. 106). On a peine à croire que dans tout ce passage il s'agisse réellement des coêtres et de l'état normal. Il en est pourtant ainsi. La conscience serait-elle alors double ? Non : on peut rapprocher ce passage de celui, déjà cité, où l'Auteur voit dans la délibération, l'hésitation sur une détermination à prendre, un fait bien connu, mais inexpliqué avant lui, inexplicable pour qui n'y voit pas l'effet d'une double individualité ; les deux consciences individuelles se fondraient en une seule ! Mais pendant ce temps, que fait, que devient le moi ? A-t-il connaissance des faits de conscience des co-êtres ? Oui, puisqu'après la manifestation des raisons des co-etres, «interviendra la décision rendue, elle, au nom de la Personne humaine.» (p. 107). Voilà donc que les trois consciences n'en feraient maintenant plus qu'une : voilà le rôle des co-êtres au moins aussi complexe et aussi élevé que celui du moi et confondu avec lui jusqu'à être indiscernable.

A côté d'une raison si prudente, l'*imagination* des co-êtres « est purement passive et reproduit au hasard »(p. 75). L'Auteur adopte à ce propos la distinction habituelle, présentée par Maine de Biran, entre les deux formes de cette faculté, passive ou reproductrice, et active ou constructrice. Pourtant, cette distinction est basée sur ce que « l'être sentant obéit à des lois d'association ou d'agrégation

peut devenir leur indépendance réciproque, leur conscience propre, dans cette compénétration du moi et d'eux-mêmes et si cette compénétration, cette continuité parfaite n'est pas à elle seule une négation de la biindividualité, puisque une conscience unique préside en réalité à l'exercice des facultés du moi et des deux co-êtres.

Nous avons déjà vu que le seul attribut des co-êtres qui ne fût pas contradictoire avec les prémisses posées par l'Auteur consistait dans des *tendances inconscientes*. Arrêtons-nous pourtant sur trois de leurs attributs, la *raison*, l'*imagination* et le *désir*, qui ont quelque rapport avec ces tendances.

Les co-êtres n'avaient tout à l'heure qu'une mémoire « rudimentaire» et pourtant ils enregistraient toutes leurs expériences. Ils sont voués au fatum, soumis humblement à leurs impulsions, mais capables de «saisir les rapports qui unissent les objets entre eux, les idées entre elles...» (p. 56) Bien, plus ils possèdent un certain degré de raison directrice : «Sous l'influence des motifs... pour éviter l'incoordination d'activité..., ils font entrer en conférence leur respective faculté de raison. Les deux raisons individuelles... s'accordent... » (p. 106); elles envisagent les conséquences lointaines de l'acte en question, « prendront connaissance du milieu et de la manière dont il serait influencé par la résolution à prendre » (p. 106). On a peine à croire que dans tout ce passage il s'agisse réellement des coêtres et de l'état normal. Il en est pourtant ainsi. La conscience serait-elle alors double ? Non : on peut rapprocher ce passage de celui, déjà cité, où l'Auteur voit dans la délibération, l'hésitation sur une détermination à prendre, un fait bien connu, mais inexpliqué avant lui, inexplicable pour qui n'y voit pas l'effet d'une double individualité ; les deux consciences individuelles se fondraient en une seule ! Mais pendant ce temps, que fait, que devient le moi ? A-t-il connaissance des faits de conscience des co-êtres ? Oui, puisqu'après la manifestation des raisons des co-êtres, «interviendra la décision rendue, elle, au nom de la Personne humaine.» (p. 107 . Voilà donc que les trois consciences n'en feraient maintenant plus qu'une ; voilà le rôle des co-êtres au moins aussi complexe et aussi élevé que celui du moi et confondu avec lui jusqu'à être indiscernable .

A côté d'une raison si prudente. l'*imagination* des co-êtres « est purement passive et reproduit au hasard »(p. 75). L'Auteur adopte à ce propos la distinction habituelle, présentée par Maine de Biran, entre les deux formes de cette faculté, passive ou reproductrice, et active ou constructrice. Pourtant, cette distinction est basée sur ce que « l'être sentant obéit à des lois d'association ou d'agrégation

qu'il ne fait pas et ne peut connaître. » (p. 72). L'être sentant — opposé à l'être intelligent— est ici le co-être, le coêtre ici purement passif, et qui tout à l'heure était capable de raisonner, de délibérer et de prévoir ! D'autre part, Maine de Biran remarque que « le principe de l'unité qui caractérise toutes les combinaisons de l'inligence ne réside point dans notre nature sensible » (p. 74). L'auteur dit un peu plus loin : «Ce n'est que par notre intelligence le Moi] que se réalise le Un dans le multiple. » (p. 75). Mais pourquoi les co êtres ne manifesteraient-ils jamais dans leur imagination leur persistante activité ? Ne le font-ils pas quand ils essayent de prévoir les conséquences d'un acte ? Ne se montrent-ils pas alors capables de suivre un plan, et. au milieu des motifs qui les poussent et de leurs nombreux souvenirs, de réaliser le Un dans le Multiple ? Pourquoi donc les réduire « aux agrégations fortuites des songes » (p. 74) et à d'autres constructions semblables ?

L'Auteur de la préface voit aussi dans le rêve un effet de l'absence du « contrôle de la conscience raisonnante, de la conscience supérieure, la mentalité (*sic*) des deux co-êtres restant dès lors abandonnée sans frein à une activité déréglée. » (p. XV). La psychologie classique explique facilement le rêve en admettant que la fatigue produisant le sommeil supprime progressivement les sensations, puis le fonctionnement du cerveau sur les données fournies par les sens, c'est-à-dire la comparaison, le jugement, le contrôle et le choix : les associations se font alors au hasard,guidées. mais non contrôlées, par celles d'entre elles qu'ont favorisées les souvenirs de la veille et par celles que créent les sensations subsistantes, la plupart d'origine interne. Ce n'est pas par « le défaut de contrôle des organes des sens » qu'on explique l'incohérence du rêve, mais par le défaut de contrôle par les souvenirs complexes qui guident l'entendement à l'état de veille. Si dans le rêve « les coêtres sont abandonnés sans frein à leur activité déréglée », pourquoi cette activité ne se manifeste-t-elle que par l'évocation,coordonnée ou incohérente, peu importe, de sensations antérieures ? Pourquoi les sensations et perceptions sont elles supprimées ou très amoindries alors qu'elles constituent leurs propriété ? Pourquoi l'activité des coêtres est-elle toujours déréglée?On a vu qu'elle est loin de l'être quand ils sont seuls en scène,soit chez l'hypnotisé. soit chez l'enfant. Bref,pourquoi le sommeil porterait-il son effet, d'une part sur l'organisme, d'autre part sur le moi, en respectant leur intermédiaire nécessaire, les co-êtres ? Il semble au contraire que, si le duplicisme était vrai. si le sommeil pouvait dissocier le moi et les co-êtres, ceux-ci, plus actifs matériellement,exposés à la fatigue, devraient tomber dans l'assoupissement,tandis que le moi conserverait, au moins pendant longtemps encore, la meilleure part de son activité. Toutes ces difficultés disparaissent si on supprime la séparation du moi et des co-êtres pour considérer toute la

vie psychologique comme profondément une. D'ailleurs, les souvenirs mis en jeu dans le rêve concernent aussi souvent la vie du moi que celle du coêtre. Enfin, les rêves où la personne paraît dédoublée en deux individus qui s'opposent l'un à l'autre, « par les impulsions qu'elles excitent ou les discussions qu'elles soulèvent » comme il est dit (p. XIV) à propos des hallucinations hypnagogiques, démontrent particulièrement combien la conscience ne peut comprendre d'états divers : le dormeur, en effet, constate l'opposition, qui fait la caractéristique de ce genre de rêves ; il n'en voit pas, il est vrai, l'absurdité, puisqu'il ne se rend pas compte qu'il constate, mais, au moment où il assiste à l'acte d'un des personnages, il garde souvenir de l'acte de l'autre : ou bien, s'il voit les deux actes à la fois, il les embrasse tous deux dans sa conscience : le dupliciisme longitudinal n'a rien à voir ici : dira-t-on que les personnages vus en rêve sont conscients ? Si, au contraire, le moi *se* voit en rêve réellement dédoublé, il a conscience du dédoublement, et, par cela même, de son unité.

L'Auteur refuse la *volonté* aux co-êtres ; l'hypnotisé chez qui une volition se manifeste aurait donc laissé accaparer par un co-être la volonté du moi. Mais l'Auteur est ici formel : « le co-être a des impulsions dont il prend conscience, qui deviennent en lui des désirs et actionnent la volonté » (p. 56) ; il n'est « susceptible que de désirs, d'inclinations, d'instincts et de passions » (p. 76). (On sait que les Rotifères sont bien mieux partagés !). Tout cela s'accorde assez bien avec les « tendances » dont nous avons déjà parlé, mais puisque l'Auteur attribue aux co-êtres des désirs et des impulsions, il ne peut leur refuser le sentiment — naturellement illusoire — de la liberté. En effet, ils agissent par impulsion, mais aussi « sous l'influence de motifs » (p. 106). Leur mémoire entre donc en jeu dans les préliminaires de leurs actes; or l'essence de la mémoire est de ne pas représenter à l'esprit toutes ses conditions passées ; les coêtres ne connaîtraient donc que quelques unes des causes qui le font agir, causes d'aspect assez caractérisé pour avoir l'apparence de motifs, ils croiraient donc se déterminer librement, et devraient ainsi forcément et tout comme le moi, avoir l'illusion du libre arbitre, illusion d'ailleurs compatible avec l'obéissance à une impulsion.

Admettons, avec certains passages, que c'est le moi qui décide ; le sentiment de liberté des coêtres à largement sa place « dans la conférence où ils font entrer leur respective faculté de Raison » p. 106. L'opposition du coêtre au monde extérieur serait moins tranchée, moins vive que celle du moi mais n'en différerait pas essentiellement, de même que le réflexe instantané ne diffère pas essentiellement de la volition la plus longtemps différée.

Les citations rapportées dans cet article montrent dans quelle imprécision, probablement involontaire, l'Auteur a laissé la partie

capitale de sa thèse : la part de l'individu double, c'est-à-dire des deux consciences coexistantes différant par leur contenu, dans les diverses phases de la vie psychique : chez l'animal, où le moi n'existe pas, chez l'enfant où il est longtemps rudimentaire, chez l'adulte surtout, où la question devient particulièrement pressante : dans les actes, tels que la délibération, ou co-êtres et Moi sont à la fois en scène, quels sont les rapports de ces trois consciences ? Le problème n'est même pas posé. Dans les états pathologiques où le Moi ne se manifeste pas ce que d'ailleurs le duplicisme n'a pas songé à expliquer, quels sont les rapports des deux consciences en présence ? Comment les co êtres peuvent-ils acquérir des qualités complexes, attributs ordinaires de la personnalité alors disparue ? Comment l'un deux parvient-il essentiellement à gouverner l'homme entier en lui laissant ou en lui retirant l'habitus de l'homme normal ? Loin d'éclaircir ces difficultés, l'apparition du Moi va mettre en relief l'absurdité du système qui les a créées.

(*A suivre*).

LÉGISLATION.

Les garanties de la liberté individuelle dans la loi de 1838 et dans la nouvelle loi adoptée par la Chambre des Députés :

PAR M. CH. AZÉMAR,
Interne de la Maison de Santé de Picpus.

La Chambre des Députés vient de voter la proposition de loi de M. Dubief sur le régime des aliénés, destinée à remplacer les dispositions de la loi du 30 juin 1838.

Depuis plus de trente ans, à plusieurs reprises, les rapports ont été faits au Parlement par des hommes éminents et même le Sénat a voté un projet en 1886. Tous ceux qui s'occupent de cette question connaissent les rapports successifs de Gambetta et Magirin (1870), de Th. Roussel, (1872), de Bourneville (1889 et 1890), de Lafont et Reinach (1893).

Le point de départ commun de toutes ces tentatives de réforme est l'idée de donner des garanties plus efficaces à la liberté individuelle, qui serait insuffisamment protégée par la loi de 1838. Dans la discussion qui vient de se

développer à la Chambre, la même préoccupation de la garantie de la liberté individuelle a dominé le débat. Il nous a paru intéressant de comparer les garanties contre des séquestrations arbitraires que donnent l'ancien et le nouveau texte.

Voyons d'abord de quelle manière fonctionne la loi du 30 juin 1838 ; 1° dans le cas d'un internement à la suite duquel aucune réclamation ne se produit, 2° à la suite de protestations des malades ou des tiers.

Nous supposerons dans les deux cas qu'il s'agit d'un placement volontaire dans un asile privé, un de ceux à propos desquels, M. Cruppi, dans la discussion disait : « Nous n'avons pas voulu aller jusque là (à la suppression de ces asiles)bien que nous n'ignorions pas que la plupart des incidents douloureux et des cas de séquestrations arbitraires, se produisent dans les établissements de cette nature. » (1).

I. — *Mécanisme normal de la loi.* — On constate dans une famille un changement de l'état mental d'une personne, on s'inquiète autour d'elle, le médecin de la famille est consulté, souvent il demande l'avis d'un spécialiste, trop souvent aussi la famille hésite, ne se décide à conduire le malade dans une Maison de santé, qu'après beaucoup de retards, d'essais de « séjour à la campagne », d'un « « voyage en Suisse, en général, on ne prend de décision qu'après un fait grave qui a donné de l'inquiétude. Le médecin délivre un certificat, et sur la présentation de cette pièce et d'une demande d'admission signée par un membre de la famille ou un ami, le directeur de l'asile reçoit le malade après avoir constaté son identité et celle de la personne qui a signé la demande d'admission. Le certificat doit avoir moins de quinze jours de date et le signataire ne doit être parent ni du directeur de l'établissement, ni de la personne qui a signé la demande. Dès son arrivée, le malade est examiné, interrogé par le médecin de l'établissement et dans les 24 heures de l'entrée, ce dernier est tenu de transmettre au Préfet du Département la copie de la demande d'admission, du certificat médical d'entrée, accompagnés d'un nouveau certificat

(1) Journ. off. Ch. de Dép., 17 janv. 07, p. 53, col. 2.

où il relate les constatations qu'il vient de faire sur l'état du malade (art. 8).

Dans les trois jours de l'entrée, le malade est de nouveau examiné par un médecin inspecteur, commis à cet effet par le Préfet qui peut lui adjoindre telle personne qu'il désignera. L'Inspecteur rédige un rapport où il constate l'état du malade et conclut à son maintien ou à sa sortie (art. 9). Dans les mêmes délais,le Préfet doit transmettre toutes ces pièces au Procureur de la République du domicile du malade et au Procureur de l'arrondissement de la situation de l'établissement. A la suite de ces rapports,une enquête (pas toujours discrète) est faite pour constater les circonstances qui ont accompagné le placement du malade, se renseigner sur sa situation de fortune et celle de ses proches (art. 10). Enfin quinze jours après,le médecin de l'établissement rédige et envoie un nouveau certificat où il consigne l'observation du malade et où il conclut au maintien ou à la sortie.

Telles sont les premières formalités, il y a donc *trois* médecins au moins qui examinent le malade, jugent son état, et doivent conclure d'une manière identique au maintien de l'aliéné. Il faudrait donc pour réaliser un attentat à la liberté individuelle qu'il y ait complicité entre la famille et ces trois médecins. Si deux d'entre eux peuvent être soupçonnés, le médecin familial de complaisance, le médecin de l'établissement d'intérêt à avoir un nouveau pensionnaire, le troisiéme médecin fonctionnaire de l'administration, sera en dehors de ces soupçons et rien n'aura à le détourner de son devoir ; nous laissons de côté l'intérêt supérieur du médecin de l'établissement,de ne pas discréditer sa maison par des discussions publiques possibles qui peuvent, pour un seul pensionnaire, lui en faire perdre beaucoup d'autres. Mais les garanties du malade ne se bornent pas là, ultérieurement son internement sera soumis au contrôle du Préfet et des personnes désignées par lui ou le Ministre de l'Intérieur, du Président du Tribunal, du Procureur de la République, du juge de paix, du maire de la commune, dans le cas particulier où nous nous sommes mis, la visite du Procureur est obligatoire au moins une fois par trimestre (art. 4). Ces personnes doivent laisser une tra-

ce de leur passage par le *visa* du registre d'Inscription des malades, qui doit leur être présenté (art. 12). De plus, le médecin doit noter, au moins tous le mois, sur ce registre, l'évolution de l'état mental, les incidents de la maladie, suivre en un mot, l'observation complète de l'aliéné (art. 12).

Dans le premier mois de chaque semestre, le médecin de l'établissement doit adresser au Préfet un rapport individuel sur tous les malades présents et le Préfet statuera sur leur maintien ou sur leur sortie. (art. 12.)

II. – Supposons que le malade réclame contre la mesure prise à son égard, que des amis, ou des tiers protestent contre son internement. Le malade poura écrire aux autorités administratives,se pourvoir auprès du tribunal qui peut ordonner sa sortie immédiate sur simple requête en Chambre du Conseil,sans délais et sans motifs. Les réclamations des malades ne peuvent être retenues (art. 29) sous conditions de pénalités (art. 41).

Dans la réalité à la suite de ces réclamations les tribunaux envoient soit un représentant du Parquet, soit un médecin expert qui interrogent le malade, étudient son dossier, consultent les notes mensuelles et peuvent conclure à la sortie du malade en dehors de toute intervention administrative.Des tiers peuvent intervenir et provoquer les mêmes examens et les mêmes sanctions.

Malgré l'avis du médecin et quoique non guéri un malade peut sortir sur la demande du curateur, de l'époux, des ascendants, des descendants. S'il existe un désaccord dans la famille,le malade peut sortir sur avis du conseil de famille, même si une opposition est faite par un des ayant droit. (art. 14.)

Examinons maintenant quelles seront les formalités qui accompagneront un internement d'après les dispositions nouvelles votées par la Chambre. Nous retrouverons, avec les constatations d'identité, la demande d'admission, qui devra être visée par le juge de paix, le maire ou le commissaire de police. Le certificat médical a changé de nom,il s'appelle maintenant *rapport* au Procureur de la République,il doit dater de 8 jours au plus et la date de la dernière visite faite au malade par le signataire doit être notifiée au juge de paix ou au maire.Ce rapport ne

peut être rédigé par un parent du directeur de l'établissement ou de la personne qui a signé la demande d'admission (art. 14).

Dans les 24 heures, les pièces ci-dessus accompagnées d'un certificat dit de 24 heures, doivent être transmises au Préfet, au Procureur de la République du domicile du malade et au Procureur du Tribunal de la situation de l'établissement. Quinze jours après, un nouveau certificat doit être transmis aux mêmes personnes. Dans les trois jours de l'entrée, le malade est vu par un médecin-inspecteur commis par l'administration (art. 18).

A ce moment le Procureur adresse des réquisitions écrites au Président du Tribunal de la situation de l'établissement qui statue sur simple ordonnance ou en chambre du Conseil, s'il y a opposition du malade, du conjoint, d'un membre de la famille ou d'un ami. Le tribunal peut demander une expertise contradictoire ; sa décision est sujette à l'appel (art. 19). Les dispositions concernant les visites du Préfet, du Procureur, du Président du Tribunal etc, sont à peu de chose près, les mêmes que dans la loi ancienne, les réclamations des malades et des tiers sont instruites identiquement.

Voilà donc en présence les deux systèmes, cherchons quelles nouvelles garanties, la loi votée par la Chambre, offre aux aliénés. Ce ne seront pas les visas de la demande la réduction de la durée de validité du certifiat, ce sont là choses minimes. M. Cruppi en a énuméré d'autres dans la discussion de l'article 18.

« Nous avons organisé des garanties . Le rapport cir-
« constancié qui doit être à l'origine de la demande,
« quand il s'agit d'un placement privé, et qui est signé
« par un médecin, le rapport qui doit être rédigé dans les
« vingt-quatre heures et signé par le médecin de l'établis-
« sement, le rapport de quinzaine signé par le médecin de
« l'établissement et le rapport dressé dans les trois jours
« et signé par le médecin du Préfet, *tout ce dossier que nous
« avons organisé et qui constitue les garanties nouvelles de la
« loi* doit être transmis à ceux qui sont responsables de
« l'internement, qui ont à statuer sur l'internement, au
« préfet qui l'a provoqué, peut-être, au Procureur de la
« République, qui doit l'examiner et faire sortir le malade

s'il y a lieu, au Président du Tribunal qui statuera par ordonnance sur le maintien ou la sortie ». (1).

Il est assez extraordinaire d'entendre un juriste de la valeur du Président de la Commission qui a examiné le projet, prononcer de telles paroles. *Ce dossier dont il revendique l'organisation, existait avec la loi de* 1838, il était transmis aux mêmes personnes. On n'y ajoute pas une pièce nouvelle et même la Commission avait oublié ce qui est, à notre avis, la pièce essentielle, nous voulons parler du rapport fait par le médecin inspecteur dans les trois jours de l'entrée. On n'en trouve pas trace dans le texte proposé par la Commission et le paragraphe qui concerne ce rapport a été ajouté au moment de la discussion, sur la demande du Commissaire du Gouvernement (1) (2).
En réalité la modification essentielle de la loi tient dans l'intervention du pouvoir judiciaire qui remplace le pouvoir administratif dans l'internement définitif du malade.

Nous ne reproduirons pas ici les longues discussions théoriques qui ont été développées dans les sociétés savantes et dans les journaux spéciaux sur la nécessité de remettre aux magistrats seuls le droit de priver de sa liberté un membre de la société. Cette question a été longuement controversée, tous les arguments ont été donnés de part et d'autre pour soutenir ou réfuter ce principe.

En dernière analyse, et tout le monde est d'accord sur ce point, le dernier mot dans la question doit revenir aux *médecins* puisqu'il s'agit ici de *malades*. Ce sont les médecins seuls qui peuvent apprécier le danger qu'il y a pour la société ou pour l'aliéné de laisser les malades en liberté, eux seuls peuvent conclure à la nécessité de l'internement La décision, qu'elle émane de l'autorité administrative ou de l'autorité judiciaire ne devrait être que l'entérinement des conclusions médicales. C'est donc sur l'internement définitif prononcé par le Tribunal que porte le principe de la nouvelle loi et que résident les garanties nouvelles qu'on a voulu offrir aux malades.

Mais ne retrouvons-nous pas dans la loi de 1838 la même intervention du pouvoir judiciaire, qui se manifeste dès qu'une réclamation est formulée par un malade ?

(1) *Journ. off.* Ch. de Dép. 17 janvier 07 p. 65 col. 3.
(2) *Journ. Of.* Ch. de Dép. 17 janvier, 07 p. 65 col. 2.

N'est-ce pas au pouvoir judiciaire qu'appartient la décision de mettre en liberté un malade réclamant malgré l'avis du Préfet et du médecin ? Les dispositions de la loi du 30 juin 1838 que nous avons rapportées plus haut ne laissent aucun doute à cet égard. Le parquet est saisi de l'internement dans tous les cas et il a le droit de poursuivre d'office, même sans que le malade se plaigne.

Il ne reste plus au bénéfice de la nouvelle loi que l'expertise contradictoire et le droit pour l'aliéné d'en appeler de la décision du Tribunal. Ce sont là deux progrès très manifestes certainement, surtout en ce qui concerne le principe de l'expertise contradictoire,principe nouveau dont la création honore ceux qui cherchent à l'introduire dans toutes les discussions judiciaires ou administratives.

Ces progrès seuls se justifient par les amères critiques que la loi de 1838 a suscitées de toutes parts.Elle a trouvé bien peu de défenseurs et personne au Parlement n'est venu lui apporter les éloges que méritent ses dispositions si complètes et si judicieuses, à tel point qu'elle a servi de modèle à toutes les législations créées en Europe sur la matière après sa promulgation. La loi du 30 juin 1838 a été étudiée par un Parlement où les maîtres de la philosophie du XIXe siècle avaient une voix autorisée. C'est une des meilleures lois d'assistance qui aient été faites et elle a donné des garanties qu'il est bien difficile de rendre plus complètes.

Nous ne voulons pas dire qu'elle ne soit pas perfectible.L'évolution de la société comporte de nouvelles dispositions basées sur des besoins nouveaux et sur des situations différentes. Il y a dans le texte proposé par la Chambre de nombreuses choses nouvelles et excellentes : la nécessité reconnue de *soigner* davantage les aliénés en augmentant le nombre des médecins des asiles, et en enlevant à ces nouveaux hôpitaux de traitement les séniles et les déments qui trouvent mieux leur place dans les colonies rurales ou dans le placement familial ; une compréhension plus moderne et plus complète du rôle de l'administrateur provisoire qui devient toujours obligatoire : l'obligation aussi de la nomination du curateur à la personne ; le statut des aliénés dits criminels,des alcooliques, ce qu'on a appelé l'auto-placement (art. 16) etc... Mais

toutes les entraves qu'on mettra au placement des malales sous le prétexte d'une protection plus efficace de la liberté individuelle, iront à l'encontre des vues du législateur qui veut que l'aliéné soit plus complètement et surtout plus promptement traité.

Qu'on multiplie les examens,les inspections, le contrôle *après l'entrée* des malades dans les asiles, mais que les portes soient largement ouvertes pour l'admission, qu'un traitement prématuré soit facile à instituer et le résultat sera certainement meilleur pour les malades et pour la société. Ce ne seront pas d'ailleurs toutes les nouvelles mesures d'intervention judiciaire, d'expertise contradictoire d'appel, qui empêcheront certains malades de protester contre leur séquestration. Les persécutés, les raisonnants,dont les facultés intellectuelles n'ont pas baissé, qui restent capables d'écrire correctement leurs réclamations, d'exposer leurs récriminations avec la logique outrancière qui les caractérise continueront à assiéger les tribunaux de leurs plaintes, à provoquer dans les journaux des polémiques retentissantes qui jetteront l'émoi dans l'opinion publique et amèneront de nouvelles discussions sur la liberté individuelle.

Ce ne sont pas l'expertise contradictoireni l'appel à des juges supérieurs, qui arriveront à convaincre un quérulant de l'inanité de ses revendications et mettront obstacle aux réactions souvent terribles que provoquent les dénis de justice dont il se croient les victimes. Le fait de protester, de se plaindre est pourrait-on dire, un symptôme de leur maladie, ces malades protestent comme un bronchiteux tousse. Et malgré les exemples trop nombreux que donne la rubrique des crimes commis par les aliénés en liberté, ces malades impressionneront ceux qui leur servent de porte-parole dans la Presse et dans les Parlements et il nous revient à l'esprit une intéressante observation de la thèse de Raoul Leroy (1) où à propos de l'internement d'une malade qui se disait la fille d'une grande tragédienne et de l'héritier d'une couronne royale et qui poursuivait ses prétendus parents de réclamations incessantes, l'auteur raconte qu'il faillit y avoir,

(1) Th. Paris 1896. Les persécutés-persécuteurs, p. 38.

après des polémiques passionnées, une interpellation à la chambre des Députés.

Proposition de loi sur les aliénés.

(*Suite.*)

SECTION II. — *De la surveillance des aliénés.*

ART. 10. — Le préfet du département est tenu de visiter, une fois au moins chaque semestre, les établissements publics ou privés situés dans le département. Le procureur de la République de l'arrondissement dans lequel un ou plusieurs établissements d'aliénés sont situés est tenu de visiter ces établissements une fois au moins chaque semestre. Les personnes spécialement déléguées à cet effet par le ministre de l'Intérieur ou le préfet, le président du tribunal de l'arrondissement, le juge de paix du canton, le maire de la commune où est situé l'établissement public ou privé d'aliénés peuvent visiter le dit établissement lorsqu'ils le jugent convenable. Ils reçoivent les réclamations des personnes qui y sont placées et prennent à leur égard tous les renseignements propres à faire connaître leur position.

ART. 11. — Un décret du Président de la République, délibéré en Conseil d'Etat et rendu dans le délai d'un an, à partir de la promulgation de la présente loi, règlera l'organisme et le fonctionnement,ainsi que le cadre du personnel et les conditions du recrutement de l'inspection générale du service des aliénés. Les inspecteurs généraux sont nommés à la suite d'un concours sur titres dont le ministre de l'Intérieur détermine les conditions. Sont admis à concourir : les membres de l'Académie de médecine, les professeurs et agrégés des facultés de médecine, les docteurs en médecine ayant rempli pendant cinq ans au moins les fonctions de directeur, de directeur-médecin ou de médecin en chef d'un asile d'aliénés ou des quartiers d'hospices, les docteurs en médecine qui, s'étant distingués par leur enseignement ou leurs écrits sur les maladies mentales, seraient l'objet d'une présentation du Conseil supérieur.

Chacun des établissements publics ou privés d'aliénés est visité, au moins une fois chaque année, par un des inspecteurs généraux. Dans leurs tournées annuelles, qui doivent comprendre tous les départements, les inspecteurs généraux s'assurent de la bonne exécution des lois et règlements relatifs aux aliénés et de la bonne tenue des archives du service des aliénés.

ART. 12. — Le Conseil supérieur de l'Assistance publique, dont

feront partie de droit les inspecteurs généraux des services d'aliénés, reçoit du ministre de l'Intérieur communication de tous documents et rapports : il donne son avis sur les règlements particuliers, sur les plans et projets de construction générale ou partielle des asiles, sur les traités passés par les départements pour le traitement de leurs aliénés indigents, sur les tarifs des prix de journée des aliénés, sur les autorisations à accorder aux asiles privés, et sur toutes les mesures propres à assurer l'exécution des lois et règlements concernant le service des aliénés : il reçoit chaque année du ministre de l'Intérieur communication du rapport général qui sera présenté par le ministre, publié au *Journal officiel* et distribué aux Chambres.

TITRE II. — **Des placements faits dans les établissements d'aliénés.** — SECTION PREMIERE. *Des placements faits sur la demande des particuliers.*

ART. 13. — Les chefs responsables des asiles publics et privés consacrés aux aliénés ne peuvent recevoir une personne présentée comme atteinte d'aliénation mentale s'il leur est remis :

1° Une demande d'admission contenant les nom, prénom, profession, âge et domicile tant de la personne qui la forme que de celle dont le placement est réclamé, et l'indication du degré de parenté ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles. La demande est écrite et signée par celui qui la forme : elle est visée par le juge de paix, le maire ou le commissaire de police. En cas d'urgence, le visa n'est exigible que dans les quarante-huit heures de l'admission. Si l'auteur de la demande ne sait pas écrire, celle-ci est reçue par le fonctionnaire dont le visa est réclamé, qui en donne acte. Si la demande est formée par le tuteur d'un interdit il doit fournir à l'appui, dans un délai de quinze jours, un extrait du jugement d'interdiction et un extrait de la délibération du conseil de famille prise en vertu de l'article 510 du Code civil ;

2° Un rapport au procureur de la République sur l'état mental de la personne à placer, signé d'un docteur en médecine et dûment légalisé. Ce rapport doit être circonstancié ; il doit indiquer notamment : la date de la dernière visite faite au malade par le signataire, et qui aura été notifiée au juge de paix ou au maire, sans que cette date puisse remonter à plus de huit jours ; les symptômes et les faits observés journellement par le signataire et constituant la preuve de la folie, ainsi que les motifs d'où résulte la nécessité de faire traiter le malade dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir enfermé. Ce rapport ne peut être admis s'il a été dressé plus de huit jours avant la remise au chef responsable de l'établissement, s'il est l'œuvre d'un médecin attaché à l'établissement, ou si l'auteur est parent ou allié au second degré inclusivement du chef res-

ponsable, ou du propriétaire de l'établissement, ou des médecins qui y sont attachés, ou de la personne qui fait effectuer le placement, ou de la personne à placer. En cas d'urgence, l'admission peut avoir lieu sur la présentation d'un rapport médical sommaire mais le médecin certificateur doit, dans le délai de deux jours, produire un rapport détaillé, conformément aux dispositions ci-dessus, sous l'une des peines portées à l'article 63 ci-après :

3° L'acte de naissance ou de mariage de la personne à placer ou toute autre pièce propre à établir l'identité de cette personne. Les personnes admises dans les établissement d'aliénés, conformément aux dispositions précédentes, ainsi que les personnes dont le placement aura été ordonné d'office, ne sont internées qu'à titre provisoire, et sont placées en conséquence dans un quartier d'observation spécial ou, à défaut, à l'infirmerie de l'asile et inscrites sur un registre spécial. Elles y sont maintenues autant que les exigences du traitement permettent. Si le médecin, avant la décision de l'autorité judiciaire prévue à l'article 18, les fait passer dans un autre quartier, il doit indiquer la date et les motifs de ce changement sur le registre prescrit par l'article 20 ci-après.

Art. 14. — Lorsque les formalités nécessaires pour le placement d'une personne dans un établissement d'aliénés ont été remplies, si cette personne s'oppose par la force à son transport dans cet établissement, le maire ou le commissaire de police doit être requis, par le demandeur au placement, d'assurer ce transport suivant les prescriptions de l'article 29. En ce cas, le fonctionnaire ainsi requis doit faire procéder à l'exécution du placement, en dresser un procès-verbal et le transmettre dans les vingt-quatre heures au procureur de la République. Si le maire ou le commissaire de police le demande, le transport sera effectué par les soins du personnel des établissements d'aliénés.

Art. 15. — Toute personne majeure qui, ayant conscience de son état d'aliénation mentale, demande à être placée dans un établissement d'aliénés peut y être admise sans les formalités prescrites par l'article 13. Une demande signée par elle et la production d'une pièce propre à constater son identité sont suffisantes. Si elle ne sait pas écrire, la demande est reçue conformément aux prescriptions du paragraphe 3 de l'article 13. La personne ainsi admise est soumise aux prescriptions de l'article 17 ci-après et aux autres dispositions de la présente loi concernant les placements faits sur demande des particuliers.

Art. 16. — Nul ne peut être conduit à l'étranger pour être placé dans un établissement recevant des aliénés, sans que la déclaration en ait été faite, avant le départ, au procureur de la République du domicile du malade ; cette déclaration devra être accompagnée du rapport médical circonstancié prescrit à l'article 13.

Tout Français qui, à l'étranger, provoque le placement d'un Français dans un établissement recevant des aliénés, est tenu de faire, dans le délai d'un mois à partir du placement, la déclaration de ce placement au procureur de la République du dernier domicile en France du malade.

Les dispositions de la présente loi relatives à l'administration des biens sont applicables aux biens des aliénés placés à l'étranger. L'administrateur provisoire du lieu de leur dernier domicile remplit à leur égard ces fonctions, ainsi que le curateur à la personne, de concert avec la Commission de surveillance donc celui-ci fait partie, le tout comme il est prévu aux articles 5 et 44.

Nul étranger conduit en France pour être placé dans un établissement d'aliénés ne peut être admis dans cet établissement sans une demande et sans un certificat médical, légalisés dans son pays d'origine ou par un représentant diplomatique de ce pays en France. Si la demande et le certificat ne sont pas écrits en français, il y est joint une traduction française certifiée conforme.

Dans les trois jours de la notification de ce placement, fait conformément au paragraphe premier de l'article 17 ci-après, le préfet en donne avis au Gouvernement, qui prévient le représentant diplomatique du pays d'origine de la personne placée. Le même avis de placement doit être donné dans le même délai au représentant diplomatique du pays d'origine de tout étranger résidant ou de passage en France, dont l'état d'aliénation aurait exigé le placement, conformément aux termés soit de l'article 13, soit de l'article 26 de la présente loi.

Art. 17. — Dans les vingt-quatre heures qui suivent l'admission de la personne présentée comme atteinte d'aliénation mentale, le directeur de l'établissement public ou privé adresse le bulletin d'entrée du malade, accompagné de la copie de la demande d'admission, de celle du rapport prescrit à l'article 13 et de celle du certificat du médecin de l'établissement, dit certificat de vingt-quatre heures : 1° au préfet du département où l'établissement est situé ; 2° au procureur de la République de l'arrondissement du domicile de la personne placée ; 3° au procureur de la République de l'arrondissement où l'établissement est situé.

Si le placement est fait dans un établissement privé, le préfet, dans les trois jours de la réception du bulletin, chargera un médecin de visiter la personne désignée dans ce bulletin, à l'effet de constater son état mental et d'en faire un rapport sur-le-champ à lui-même et au procureur de la République. — Quinze jours après ce placement, il est adressé au préfet et aux procureurs de la République un certificat circonstancié du médecin de l'établissement. — Ce certificat confirmera ou rectifiera, s'il y a lieu, les observations contenues dans le premier certificat, en indiquant le retour plus ou moins fréquent des accès ou des actes de démence.

Art. 18. — Aussitôt après les formalités prescrites à l'article précédent ,le procureur de la République adresse ses réquisitions écrites, avec le rapport médical d'admission, les rapports médicaux de vingt-quatre heures et de quinzaine du médecin de l'établissement et le rapport du médecin commis par le préfet, s'il y a lieu, au président du tribunal de l'arrondissement où l'établissement est situé.

Le président statue sur la maintenue ou la sortie de la personne placée. Lorsque le président a des doutes, lorsqu'une opposition à l'internement a été formulée par l'aliéné, le conjoint, un membre de la famille, un ami, la décision sera prise par le tribunal, qui statuera d'urgence, en chambre du conseil. Toutes les fois que le tribunal ne croit pas devoir statuer définitivement, il ordonne, sous la réserve de tous autres moyens d'information, une expertise qui sera faite contradictoirement par deux médecins, dont l'un sera désigné par l'aliéné ou son représentant. La décision du tribunal est notifiée sur-le-champ au préfet et au chef responsable de l'établissement.

La minute de l'ordonnance du président, la copie de la décision de la chambre du conseil seront remises au directeur de l'établissement, et elles demeureront annexées au registre prescrit par l'article 20 ci-après. Appel de la décision du tribunal pourra être relevé dans les délais et formes prévus à l'article 9.

Art. 19. — Dans les cas de transfèrement d'un aliéné d'un établissement dans un autre, l'admission de l'aliéné transféré a lieu, après avis médical qu'il n'y a pas d'inconvénient,sur le vu du certificat délivré par le chef responsable de l'établissement d'où provient ce malade et des pièces légales concernant ce dernier ou d'une copie de ces pièces. Le médecin de l'établissement où l'aliéné est transféré fait les certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine, et le chef responsable fait les notifications prescrites par l'article 17. L'administration provisoire légale des biens de l'aliéné transféré continuera d'être exercée par la Commission de surveillance du département où cet aliéné a son domicile de secours. Mais les fonctions de curateur seront transmises au curateur institué près l'établissement où il sera transféré.

Art. 20. — Il y a dans chaque établissement un registre coté et paraphé par le maire, sur lequel sont immédiatement inscrits les nom, prénoms,profession, âge, domicile et état civil des personnes qui y sont placées ; la mention du jugement d'interdiction, si elle a été prononcée, et le nom du tuteur, la date de leur placement ; les nom, prénoms, profession et demeure de la personne, parente ou non parente, qui l'aura demandée. Sont également transcrits sur ce registre : 1° la demande d'admission ; 2° le rapport médical prescrit par l'article 13; 3° le certificat de vingt-quatre heures et le

certificat de quinzaine ; 4° la décision du président ou du tribunal civil ou de la Cour. Le médecin est tenu de consigner sur ce registre les changements survenus dans l'état mental de chaque malade, au moins chaque semaine pendant le premier mois de séjour, au moins chaque mois pendant le reste de la première année, et ultérieurement au moins chaque trimestre. Le médecin constate également sur ce registre la date de la sortie et l'état mental au moment où elle a lieu, la date et les causes du décès. Ce registre est exclusivement communiqué aux personnes qui, d'après l'article 10, ont le droit de visiter l'établissement ; après chacune de leurs visites, elles doivent apposer sur le registre, avec la date, leur visa, leur signature et leurs observations s'il y a lieu.

Art. 21. — Toute personne placée dans un établissement d'aliénés en vertu des articles précédents cesse d'y être retenue aussitôt que le médecin de l'établissement a déclaré, sur le registre susénoncé, que la guérison est obtenue ou que la sortie peut être accordée. S'il s'agit d'un mineur ou d'un interdit, il est donné immédiatement avis de la déclaration du médecin aux personnes auxquelles ce mineur ou cet interdit doit être remis, ainsi qu'au procureur de la République.

Art. 22. — Avant même que le médecin ait fait la déclaration prévue à l'article 21, toute personne placée dans un établissement d'aliénés, en vertu des articles précédents, cesse également d'y être retenue dès que la sortie est requise par l'une des personnes ci-après désignées, savoir : 1° Le curateur à la personne de l'aliéné ; 2° Le conjoint ; 3° A défaut du conjoint, les ascendants ; 4° A défaut des ascendants, les descendants ; 5° La personne qui a signé la demande d'admission, à moins qu'un parent n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille ; 6° Toute personne à ce autorisée par délibération du conseil de famille, homologuée par le tribunal ou, à défaut, autorisée par le tribunal lui-même.

S'il résulte d'une opposition, notifiée au chef de l'établissement par un ayant droit, qu'il y a dissentiment soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille décide. Cesse également d'être retenue, si elle le demande, toute personne entrée volontairement et ayant signé elle-même sa demande d'admission. Néanmoins, si le médecin traitant est d'avis que l'état mental du malade pourrait compromettre la sécurité, la décence, la tranquillité publiques, sa propre sûreté ou sa guérison, ou si l'administrateur provisoire est d'avis que la personne qui réclame la sortie n'est pas en situation de lui donner les soins nécessaires, le chef responsable en informe immédiatement le préfet de police dans son ressort et, dans les départements, le préfet ; il informe en même temps le procureur de la République, et il est provisoirement sur-

sis à la sortie. Ce sursis provisoire cesse de plein droit à l'expiration de la quinzaine, si le préfet n'a pas, dans ce temps, donné l'ordre contraire, conformément à l'article 32.

ART. 23. — Dans les vingt-quatre heures de la sortie, les chefs responsables des établissements en donnent avis aux fonctionnaires auxquels la notification du placement a été faite, conformément à l'article 17, et leur font connaître le nom, la résidence des personnes qui ont retiré le malade, son état mental au moment de la sortie et, autant que possible, l'indication du lieu où il a été conduit.

ART. 24. — Le préfet peut toujours, après avoir pris l'avis du médecin traitant, ordonner la sortie des personnes placées dans les établissements d'aliénés. Cet ordre est notifié à la personne qui a signé la demande d'admission, laquelle peut former opposition dans les vingt-quatre heures de la notification. L'opposition est jugée par le tribunal civil en chambre du conseil, l'opposant entendu, s'il y a lieu.

ART. 25. — En aucun cas, l'interdit, ne peut être remis qu'à son tuteur ou à la personne désignée par le conseil de famille, et le mineur qu'à ceux sous l'autorité desquels il est placé par la loi.

(*A suivre.*)

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

IV. — **Alcoolisme, crime et folie** ; par M. W. Bevan LEWIS. (*The Journal of mental Science*, avril 1906.)

L'auteur se propose dans ce travail d'étudier quelques points de l'alcoolisme, de noter quelques faits concernant la distribution géographique de l'alcoolisme et de la folie et d'examiner sommairement l'action physiologique de l'alcool sur la formation de la chaleur, et ses effets sur les centres que l'on présume être préposés à la différenciation du sens musculaire.

Alcoolisme et thermogenèse. — Les observations calorimétriques faites sur des animaux (lapin) avec des doses graduées d'alcool ont très nettement montré l'existence de deux périodes, l'une primitive caractérisée par la stimulation des centres vaso-moteurs de la moelle, par la contraction des artérioles et l'augmentation de la pression sanguine, l'autre, secondaire, caractérisée par la paralysie des mêmes centres et l'inhibition par l'intermédiaire du pneumogastrique.

L'intensité et la durée de la première période paraissent être en raison inverse de la dose d'alcool administrée ; et il faut noter qu'il ne s'agit pas ici d'une diminution de décharge thermique, non plus

que d'une rétention thermique, car dans les deux cas il y aurait une augmentation de température, tandis que l'abaissement est net dans tous les cas.

Dans la seconde période (parésie vasculaire et abaissement de la pression sanguine) la décharge thermique a une durée et une intensité proportionnelles à la dose ingérée ; la crise thermique,c'est-à-dire la période du maximum de thermogénie, survient plus tardivement avec des doses fortes, et la prolongation de la décharge thermique totale mérite d'être signalée : ici donc, les conditions thermiques sont inverses,et la thermogenèse est augmentée; il faut bien en effet qu'il se produise un développement de chaleur considérable, puisque, malgré une décharge thermique importante, la température du corps ne s'abaisse pas.

Avec le chloral, la marche des phénomènes est la même ; seulement ils sont plus accusés. La caféine,elle aussi,stimule énergiquement la formation de la chaleur,mais elle diffère des agents précédents en ce qu'elle en favorise considérablement aussi la rétention.

Diminution du sens musculaire et du temps de réaction. — L'auteur rappelle que, dès 1878, dans le *Brain*, il a émis l'avis qu'il n'y avait pas dans les couches corticales de modifications structurales brusques, et que les éléments frontière de deux territoires se fondaient pour constituer des territoires de transition ; et il indiquait la pariétale ascendante comme une de ces régions de transition. Le territoire qui limite les surfaces frontale et pariétale de l'écorce motrice vraie est un de ceux qui, à en juger par les faits cliniques et anatomo-pathologiques, est facilement atteint dans trois maladies bien définies du système nerveux, l'alcoolisme,la paralysie générale et la folie de l'adolescence, ou si l'on préfère, la démence précoce. Dans ces trois maladies, le sens musculaire est notablement compromis ; mais un point sur lequel il faut insister, c'est que dans tous les cas, durant les premières périodes, alors que la perte du sens musculaire est profonde, on voit subsister un sens très délicat de la température et une sensibilité tactile très affinée. Ce fait donne lieu naturellement à deux déductions : 1° les centres enregistreurs de la différenciation du sens musculaire sont entièrement distincts de ceux qui enregistrent les sensations tactiles et thermiques ; 2° les centres qui reçoivent ces impressions musculaires sont probablement constitués en grande partie par les territoires pré-central,post-central, et de transition de l'écorce dont il a été question, et c'est ainsi qu'il est obvié à la séparation absolue d'une écorce corticale d'avec les dispositions sensorielles qui la guident ; ceci est en accord parfait avec les doctrines de Hughlings Jackson sur l'évolution nerveuse, et avec son opinion au sujet des centres représentatifs et re-représentatifs.

La diminution de la différenciation du sens musculaire est pré

coce dans la paralysie générale, où nous savons que la lésion principale porte sur cette région de l'écorce, et l'on en peut dire autant des premières périodes de la folie alcoolique; bien plus, une semblable diminution peut être constatée passagèrement sous l'influence de l'alcool chez un sujet sain. Le temps de réaction total à l'égard des stimulations visuelles ou auditives est notablement retardé par une dose même modérée d'alcool.

Distribution géographique et hérédité.—Bornant ses recherches à l'Angleterre et au Pays de Galles, l'auteur montre que, suivant les contrées, les condamnations pour ivresse varient entre 0,7 et 1[illegible].5, la moyenne étant de 5.8. La nature du pays, le paupérisme, la prédominance de certains métiers, contribuent à expliquer cette variabilité. En somme, l'étude des chiffres et de leur répartition paraît justifier les conclusions suivantes : les agglomérations agricoles, (terriennes ou maritimes) sont les moins intempérantes, et présentent la plus forte proportion d'indigents et d'aliénés ; — les agglomérations minières ou industrielles (terriennes ou maritimes) sont au contraire les plus intempérantes, et présentent la proportion la plus faible d'indigents et d'aliénés ; — les agglomérations maritimes, minières et industrielles sont de beaucoup les plus intempérantes, tout en donnant les proportions les plus faibles de paupérisme et de folie.

On voit donc ici la dissociation de l'alcoolisme d'avec la folie. Le maximum d'intempérance ne coïncide pas avec le maximum de folie, tandis qu'il coïncide, comme on le sait, avec le crime, et comme l'auteur essaye de le démontrer, avec les épilepsies et les psychoses convulsives en général.

Alcoolisme et hérédité. — En ce qui touche l'hérédité alcoolique, la conception la plus générale de cette maladie est celle d'une réaction très universelle de l'organisme à l'égard de l'action *directe* de l'agent toxique, l'auteur insiste sur le mot *directe* parce que récemment un pathologiste distingué a soutenu que l'hérédité alcoolique était due à une toxémie bactérienne secondaire due à l'écroulement, sous la poussée de l'alcool, de la première ligne de défense.

La dose d'alcool qui dépasse les limites physiologiques est probablement très faible et pour les sujets à susceptibilité spéciale elle est presque insignifiante. L'étude de la thermogenèse chez les sujets permettrait de la préciser pour le cas particulier. Hérite-t-on de l'alcool ? L'auteur pense que l'alcoolisme n'est pas héréditaire en tant qu'alcoolisme, pas plus que la tuberculose n'est héréditaire en tant que tuberculose ; il faut ici se souvenir que la diathèse n'est pas la maladie, et que les caractères acquis ne sont pas transmissibles.

Mais alors de quoi hérite-t-on dans le cas d'alcoolisme des ascendants ? Probablement d'une organisation défectueuse des neuro-

nes ou d'une *décheance* [illegible] *nerveux*, se revelant par l'affaiblissement [illegible] caractérise les mécanismes composés [illegible] l'ins-tabilité fonctionnelle est la marque prédominante d'un héritage névropathique, mais celle qui résulte de l'hérédité alcoolique est, plus que toutes les autres formes d'instabilité, révélée par *a*) sa nature convulsive : *b*) sa tendance à la limitation (comme dans les formes de folie dites systématisées) ; *c*) sa périodicité rythmique et sa nature paroxystique. Ces derniers points sont particulièrement dignes d'attention. L'épilepsie, la chorée, l'hystérie, les psychoses convulsives (formes morales et impulsives de folie) et quelques états délirants systématisés sont les premiers fruits d'un héritage alcoolique : *l'élément moteur de la mentalité*, si l'on peut ainsi parler, est particulièrement exposé à ces sortes de troubles, dans les formes *paternelles* de transmission. D'autre part, les arrêts de développement, révélés par la faiblesse mentale congénitale, l'imbécillité, l'idiotie, paraissent être surtout les résultats d'une toxémie *maternelle*, et être dus en grande partie, sinon totalement, à l'intoxication directe du germe ou de l'œuf.

Le mot *héritage nécropathique* est un mot très vaste, qui englobe des facteurs très complexes : l'instabilité, qui probablement aboutira à la folie, à l'épilepsie, ou au crime, à l'ivrognerie, à la chorée, à l'hystérie, peut exister, plus ou moins, tout entière chez le même individu, à des degrés variables [illegible] il est raisonnable de supposer que les agents anti-tants, comme l'alcool, agissant directement soit sur la cellule du germe soit sur celle du sperme, peuvent accroître dans certains cas [illegible] ces facteurs héréditaires, ou, dans d'autres [illegible]. Car la cellule du germe a sa vie propre [illegible] elle se nourrit aux mêmes [illegible] vis des mêmes agents [illegible] pas dire que *les caractères acq*[illegible]

[illegible]

V. — Observations et considérations sur un homicide commis dans un état second d'Azam [illegible] (In *Rivista sperimentale* [illegible] XXXI, fasc. III IV [illegible] observation détaillée [illegible] dent numéro.

VI. — La responsabilité et l'assistance des aliénés [illegible] (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique* [illegible])

Vigoureux et éloquent [illegible] transformation radicale et complète [illegible] en Belgique. L'auteur réclame en particulier [illegible]

plus grande des différents modes d'assistance familiale (colonies, placements,chez les paysans. etc.), le développement de l'instruction en même temps que l'augmentation numérique du personnel médical et infirmier des asiles, l'organisation rationnelle de ces établissements au point de vue à la fois scientifique et thérapeutique, la suppression absolue des moyens de contrainte (entraves, camisole, maillot) et aussi du régime cellulaire.

La réalisation de ces réformes ne sera possible que le jour ou les médecins jouiront d'une indépendance complète vis-à-vis des directeurs ou des propriétaires des établissements d'aliénés.

M. Claus s'efforce ensuite de définir les diverses circonstances qui peuvent mettre en cause les responsabilités du directeur, du médecin et de l'aliéné. La responsabilité médicale est régie par le droit commun ; elle ne peut être engagée qu'en cas de faute ou de négligence grave.

S'il arrive des accidents imputables à un manque de surveillance, c'est évidemment le directeur qui doit être rendu responsable puisque c'est à lui qu'appartient en général le choix et le renvoi du personnel.

Dans le cas contraire, c'est l'Etat ou la province qui pourraient être condamnés. En aucun cas, il n'est permis au médecin de se soustraire par pusillanimité aux obligations qu'il a assumées vis-à-vis de ses malades. Il leur doit tous les traitements que lui dictent sa conscience et la science.

La loi respecte, du reste, ce principe, mais s'il était méconnu par hasard ou par suite d'une interprétation défectueuse de la loi, le médecin n'en devrait pas moins continuer à s'y conformer, car il est le seul qui lui assure une complète et entière indépendance. G. D.

VII. — **Les aliénés dissimulateurs**, par les Drs de Moor et Duchateau. (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, octobre 1906.)

La dissimulation ne pouvant être réalisée qu'à la faveur d'une conservation au moins relative du jugement et de la volonté, on ne doit pas s'attendre à la rencontrer dans les cas où existe un déficit notable des facultés intellectuelles, tels que la paralysie générale, les démences précoces, séniles, etc. La manie, par suite de l'incohérence des idées, de l'exaltation de toutes les facultés, est également incompatible avec la dissimulation.

La dissimulatiou s'observe surtout dans la mélancolie, la paranoïa et la dégénérescence mentale. Son importance médico-légale est beaucoup plus grande que celle de la simulation, surtout quand il s'agit d'aliénés réclamant leur sortie. Le diagnostic de la dissimulation exige une observation personnelle prolongée, de préférence dans un établissement fermé ou un hôpital. G. Deny.

BIBLIOGRAPHIE

VIII. — *Traité des variations des os de la face de l'homme et de leur signification au point de vue de l'anthropologie zoologique*, par le Dr Le Double. Volume, in-8° de 471 pages, orné de 163 dessins ou schémas. (Vigot, Paris, 1906.)

On ne peut faire un plus grand éloge au nouveau livre de M. Le Double qu'en constatant que c'est un travail qui restera, en raison de l'honnêteté scientifique, qu'il dénote, et de la méthode avec laquelle il a été conçu. Basé sur l'expérience et l'observation il généralise les faits et constitue une synthèse de ce qui a été dit sur ce sujet.

Toutes les variations des os faciaux sont étudiées et expliquées. Elles témoignent du défaut de fixité du système nerveux et du système musculaire et de la corrélation étroite qui existe entre eux. Elles montrent que les anomalies varient suivant les races et fournissent des renseignements sur l'origine, la supériorité ou l'infériorité d'une race aussi bien que la craniométrie, les nuances de la peau, etc. Elles démontrent que les formes animales se rencontrent plus ou moins pures dans l'espèce humaine. Venant après le Traité des variations craniennes et le Traité des variations musculaires, ce volume constitue une véritable encyclopédie qui mérite de figurer dans les bibliothèques médicales et scientifiques. Ajoutons, et cela n'est pas sa moindre qualité, que ce livre (bien qu'on l'ignore ou feigne de l'ignorer) est le premier de ce genre aussi bien en France qu'à l'étranger. G. P.-B.

VII. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*, t. XXV, par Bourneville, avec la collaboration de Durand, Friedel et Perrin. Un vol. in-8°, avec 17 figures dans le texte, Paris 1905 aux bureaux du *Progrès médical*, et Félix Alcan, éditeur.

Il a été rendu compte dans le *Centre médical* (voir t. 8, t. 9 et t. 10) des 3 volumes précédents de cette vaste publication que M. Bourneville a eu le mérite d'inaugurer il y a 25 ans et qu'il a continuée avec courage et persévérance jusqu'à ce jour. Cette collection n'est autre chose que le compte rendu annuel du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre. Et c'est le compte rendu de l'année 1904 dont nous annonçons aujourd'hui la publication. Ce volume comprend deux parties : la 1re consacrée à l'histoire du service, traite de l'enseignement primaire et professionnel et donne la statistique successive du ser-

vice de Bicêtre proprement dit, puis de la Fondation Vallée : la 2e partie plus technique, comprend la clinique, la thérapeutique et l'anatomie pathologique. Nous signalons une contribution à l'étude de la démence épileptique, la relation de deux cas de méningo encéphalite non tuberculeuse de la base avec cécité, des recherches sur la température dans le stade initial de la fièvre typhoïde, une observation d'épilepsie avec asphyxie au cours d'un accès, une note sur les dangers du décubitus abdominal, et une observation d'idiotie traumatique chez un épileptique héréditaire. Ce nouveau volume, on le voit, ne le cède pas en intérêt aux 24 volumes précédents. (*Centre médical.*)

IX. — *Rapport sur le service médical du quartier d'aliénés de l'hospice général de Nantes pendant l'année* 1905 ; par M. le Dr Biaute. (Mellinet, édit. à Nantes.)

M. le Dr Biaute rappelle d'abord que les travaux d'agrandissement ont été autorisés par l'Administration supérieure à la condition que le quartier d'aliénés rentrât, avant que la législation en fasse une obligation, sous la dépendance plus directe du ministère de l'Intérieur.

« De la sorte, la nomination des membres du corps médical est enlevée à la Commission administrative et ces fonctionnaires feront partie du grand cadre des médecins aliénistes, c'est-à-dire, qu'ils auront la même *origine par concours*, la *même investiture* par le Ministre de l'Intérieur, le même avancement, les mêmes droits à une retraite, auxquels ne doivent jamais porter atteinte et préjudice les déplacements par convenances personnelles ou par nécessité de service reconnue par l'Administration supérieure.

« Je suis arrivé à dessein à cette question de *retraite* pour faire remarquer un oubli qui a été fait dans le règlement de la Caisse des retraites des fonctionnaires départementaux de la Loire-Inférieure quand, sur l'invitation du Ministre de l'Intérieur, le personnel médical du Quartier d'aliénés a été admis par le Conseil général aux bénéfices et aux charges de cette Caisse.

« Si un fonctionnaire des services départementaux quitte la Loire-Inférieure et va remplir un emploi, même analogue, dans un autre département, les retenues qu'il a subies ne le suivent pas pour être versées à la caisse du département dans lequel il se rend et où il perd, par conséquent, le bénéfice de tous ses services antérieurs. D'après le règlement existant, il en serait de même pour les médecins du Quartier d'aliénés.

« Il faut admettre qu'un médecin en chef ne fera pas toute sa carrière à Nantes, bien moins encore les médecins adjoints. Il y aura des changements fréquents, souvent imposés par le Ministre pour les besoins du service et pour l'avancement. C'est ce

qui se passe dans tous les asiles d'aliénés. Aussi a-t-on inséré dans les règlements des caisses de retraites départementales l'article suivante : « Le montant des retenues opérées sur les traitements des directeurs ou médecins de l'asile d'aliénés sera.à titre de réciprocité, reversé à la caisse des départements où ils seront appelés. »

« Les départements pour liquider les pensions d'après tous les services antérieurs exigent néanmoins que l'on ait passé un certain nombre d'années dans l'emploi tributaire de leur caisse, ordinairement dix ans. C'est cet article, dont je viens de donner l'énoncé, qui a été omis dans la Loire-Inférieure. On voit qu'il stipule nettement que le département devra recevoir les retenues opérées ailleurs sur les traitements des médecins qui viendront en fonction à Saint-Jacques, mais qu'il les reversera, si ces médecins ne prennent pas ici leur retraite, aux départements dans lesquels ils seront appelés dans la suite.

Cette omission peut soulever des litiges qui seront toujours tranchés, d'après des arrêts du Conseil d'Etat, en faveur des fonctionnaires du service médical. Il vaut donc mieux la réparer au plus tôt et j'ai l'honneur de vous demander, M. le préfet, de vouloir bien le proposer au Conseil général. Si la situation restait la même il arriverait que les fonctions de médecin en chef et de médecin-adjoint ne seraient pas facilement acceptées pour le Quartier d'aliénés de Nantes, qu'elles seraient fréquemment vacantes, parfois pendant un temps assez long, ce qui serait sous tous les rapports très préjudiciable au bon fonctionnement du service ».

Au 31 décembre 1904, 703 malades (290 H. et 413 F.) Au 31 décembre 1905 la population est de 755 personnes (308 H. et 447 F. 319 admissions. En 1892, la moyenne des admissions était de 240 pour une période de 21 ans. Pour la période décennale de 1893 à 1903, elle était arrivée à 281. Huit hommes et 3 femmes sont venus de diverses maisons d'arrêt.—22 cas de folie toxique (20 H.-2 F.).

Sorties : 104 guérisons (54 H. 50 F.); *améliorations* : 31.

« On sait que la nouvelle législation doit s'occuper des aliénés à domicile et définir le mode de surveillance à laquelle ils seront soumis pour empêcher les séquestrations imméritées et arbitraires, et aussi les séquestrations inhumaines et contraires à toutes les règles d'hygiène convenant au traitement d'un être malade, atteint d'une affection mentale.

Le parquet de Saint-Nazaire a découvert l'an dernier, dans sa circonscription, une séquestration de ce second genre. Une jeune fille, déjà démente incurable, avait été retirée de l'asile par ses parents, avares paysans, pour n'avoir pas à payer une pension de 3e classe.

« Ils l'avaient installée dans une étroite cellule en bois

construite à dessein dans le grenier de leur maison d'habitation et ne l'en sortaient jamais. La justice, après des menaces de poursuites bien méritées, a fait cesser cet état de choses en enjoignant au Maire de la commune de procéder, en vertu de l'article 19, à un réinternement d'office aux frais de la famille.»

Décès : 109 (58. H. — 51. F.) L'âge moyen des aliénés décédés, est 66,89 pour les H. et 66.47 pour les F.

Nous conservons encore les deux malades qui depuis longtemps sont les plus anciens dans l'établissement, un idiot entré en 1839 et une idiote entrée en 1853. L'idiot entré en 1839 doit avoir difficilement son pareil en France et à l'étranger avec ses 66 ans de séjour dans un asile.

Signalons une lacune : l'indication des causes de décès avec les chiffre , par exemple ceux de la tuberculose et l'absence du chiffres des autopsies pratiquées en 1905.

M. Biaute entre dans des considérations très judicieuses au sujet des suicides, du martyrologue du personnel médical et de surveillance, sur l'amélioration des logements des infirmiers.

M. Biaute a obtenu de la Commission administrative que, « dans les pavillons neufs et dans les anciens, chaque gardien ait sa chambre particulière d'où il exercera la surveillance aussi bien que s'il était couché en plein dortoir, au milieu des malades. Ces chambres donneront aussi une habitation aux gardiens qui, auparavant, ne savaient où se réfugier durant leurs heures de liberté et ils étaient ainsi nécessairement forcés d'aller au dehors prendre ou continuer de déplorables habitudes d'alcoolisme. On les voyait alors rentrer dans des états que je ne veux pas décrire J'ai facilement obtenu cette amélioration en présentant les dangers qu'ils couraient en citant les attentats dont ils étaient souvent victimes et en faisant ressortir la lourde responsabilité qui en résulte pour l'Administration.

Rappelons, en terminant, que M. Biaute fait tous les ans des leçons sur les maladies mentales et sur la médecine légale des aliénés. Tous les ans, la *Gazette Médicale de Nantes* publie quelques-unes de ces bonnes leçons, tout à fait pratiques. B.

VARIA

Dix-septième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Genève-Lausanne, août 1907).

Le XVII[e] congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra cette année à

Genève et à Lausanne, du 1er au 7 août sous la présidence de M. le Prof. Prévost, de Genève.

Prière d'adresser les adhésions et cotisations et toutes communications ou demandes de renseignements au Dr Long, 6, rue Constantin, Genève.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Un mari assassin. — *Angers.* — Hier matin, vers six heures et demie, un nommé Charles Lemoine, âgé de quarante-neuf ans, domicilié 16, avenue de la Gare, à Angers, au coin de la place du même nom, entrait dans la chambre de ses trois enfants, deux garçons, âgés de treize et onze ans, et une fille de quatre ans. A ce moment. Mme Lemoine était penchée sur le lit de la petite fille. Soudain sans dire un mot, le mari se précipita sur la malheureuse et lui coupa la gorge d'un coup de rasoir. La pauvre femme s'affaissa, perdant un flot de sang. Ses enfants regardaient, terrifiés, cette horrible scène.

Mme Lemoine paraissait morte, mais le forcené s'acharnait sur elle. Il lui porta successivement des coups de rasoir à la cuisse et au bras : puis, sortant un revolver qu'il avait dans sa poche, il le déchargea à quatre reprises sur sa victime. Les enfants affolés, se jetèrent alors à bas de leur lit. En chemise, les pauvres petits se précipitèrent dans la rue et mirent les voisins au courant du drame affreux auquel ils venaient d'assister. Les voisins accoururent et désarmèrent le forcené, qui fut ensuite livré aux agents. On attribue ce crime à la folie : l'assassin avait été interné il y a peu de temps dans un asile d'aliénés. (*La Liberté*, 6 avril 1907.)

Horrible drame de famille. — Un cultivateur de Châteauthébaud, près de Nantes, Julien Perthuis, âgé de 55 ans, marié et père de famille, se trouvait ce matin seul avec ses deux enfants, un garçon, âgé de 13 ans, et une fillette de 7 ans, lorsque pris d'un accès soudain de folie, il s'arma d'un couteau à greffer et, se jetant sur son fils, lui trancha la gorge. L'enfant fut tué net. Le dément tourna ensuite sa rage contre sa fillette et la frappa à plusieurs reprises. Aux cris de la petite victime, des voisins accoururent et purent la tirer des mains de son meurtrier. Son crime accompli, Julien Perthuis est tombé dans une sorte de stupeur, répétant seulement, à toutes les questions qu'on lui posait : « Je suis perdu : j'ai tué mes enfants ». Le parquet de Nantes s'est transporté dans l'après-midi sur les lieux du crime. Il résulte de son enquête que Perthuis a agi dans un moment de folie. Le meurtrier va être conduit à Nantes et interné dans un asile d'aliénés. Ajoutons que l'état de la fillette est désespéré. *Liberté* du 8 avril.)

Disparition. — Sous ce titre, le journal *La Sarthe* publie le fait suivant : Hier, M. Guillois, 55 ans. cultivateur à la Planche, a quitté furtivement son domicile et n'est pas rentré. Cet homme *ne jouit plus de toutes ses facultés* ; on craint qu'il n'ait mis fin à ses jours.

Tentative de suicide.— Autre fait du même journal : Hier soir, Mlle Valentine Brard, de Chahaignes (Sarthe), âgée de 53 ans, a tenté de se suicider en se jetant dans l'étang situé près de la gare. Après avoir quitté ses sabots, elle s'est jetée à l'eau la tête la première. A cet endroit, la profondeur de l'étang est d'environ 3 mètres. Un des ouvriers de M. Dupuy, le nommé Edmond Proust, voyant cette femme se débattre sur l'eau, où elle était maintenue par ses jupes, s'est empressé de la retirer de sa périlleuse situation. Mlle Brard ne jouit pas de toutes ses facultés.

CONCOURS D'INTERNAT DES ASILES D'ALIÉNÉS DE BAILLEUL ET D'ARMENTIÈRES.

Ont été nommés internes titulaires : MM. Marie ROLLAND, Paul LEGRAND et Charles NOLLEN.— ÉPREUVE ÉCRITE de 3 heures : *Pneumothorax; signes et diagnostic des fractures du crâne.*—Restaient dans l'urne: *Endocardite rhumatismale; fractures du col du fémur. Phlegmon diffus; complications abdominales de la fièvre typhoïde. Formes cliniques de la variole ; fractures de côtes. Diagnostic de la tuberculose pulmonaire à la période cavitaire; luxation de l'épaule.*

RÉVISION DE LA LOI SUR LES ALIÉNÉS. — Notre collaborateur, M. le Dr Bourdin, a ouvert par son remarquable article, la discussion M. Azémar a continué. Les *Archives* n'en restent pas moins ouvertes à tous nos collègues, et à l'occasion le *Progrès Médical.* Toutefois nous invitons nos correspondants à nous adresser des articles aussi résumés que possible.

FAITS DIVERS

ÉPREUVE ORALE de 15 minutes : *Faisceau pyramidal.* — Restaient dans l'urne : *Pneumogastrique. Nerfs sensoriels, sensitifs et moteurs de l'œil. Bulbe rachidien. Centres moteurs corticaux.*

ÉPREUVE ORALE (dite « de garde ») de 5 minutes : *De la conduite à tenir en cas de rétention complète d'urine.*— Restaient dans

l'urne : *Quels moyens employer en présence d'un aliéné qui refuse de s'alimenter. Mode d'application et indication des ventouses scarifiées. Secours d'urgence en cas d'hémoptysie abondante. Conduite à tenir en cas d'asphyxie par pendaison.*

Asile d'aliénés de Lesvellec, près Vannes (Morbihan). Un poste d'interne en médecine est vacant à l'asile d'aliénés de Lesvellec près Vannes. *Conditions* : Avoir 12 inscriptions et avoir passé sa pathologie externe. *Avantages* : Logement, nourriture, chauffage, éclairage et blanchissage. 800 francs la première année, 900 francs la deuxième et 1.000 francs la troisième année. Ecrire au directeur de l'asile, médecin de l'établissement. Nota. — Gratification de fin d'année, facilité de passer ses examens. L'asile possède deux internes.

L'affaire de séquestration, à Arpajon dont on a parlé se réduit à fort peu de chose. Les époux L..., à Cheptainville, ont une fille, âgée de vingt-neuf ans, qui ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales. Cette jeune fille était naturellement soumise à une surveillance spéciale, mais elle n'était pas l'objet d'une séquestration. — Nous citons ce fait à propos de l'assistance des aliénés dans leurs familles. Ce mode d'assistance exige une surveillance rigoureuse de la part de l'administration et de la justice.

Opinion du Dr Chervin au sujet du maintien des institutions de sourds-muets au ministère de l'intérieur. — Il en résulte que la tâche des éducateurs des sourds-muets est particulièrement laborieuse et ingrate et qu'elle nécessite une préparation technique longue et difficile. Et je ne comprends pas comment des philanthropes, d'ordinaire mieux informés, veulent, contre tout bon sens, assimiler les sourds-muets aux enfants anormaux et leur donner les instituteurs habituels des entendants parlants. Le Ministère de l'Intérieur a entouré jusqu'ici les sourds muets de tous les soins désirables et je ne vois vraiment pas ce qu'ils gagneraient à passer sous l'administration de l'Instruction publique. (Association française pour l'avancement des sciences, conférence de Paris, 1906.)

Cours libre de psychopathologie du tube digestif a la faculté de médecine de Paris (2e semestre de l'année scolaire 1906-1907). M. le docteur Farez reprendra à la faculté de médecine (amphithéâtre Cruveilhier, 15, rue de l'Ecole-de-médecine), le samedi 13 avril, à 5 heures du soir, un cours libre de psychopathologie du tube digestif ; il le continuera le samedi de chaque semaine, à la même heure.

Cours libre sur les névroses et psychoses des écoliers. — M. le Dr Jacques Roubinovitch, médecin de la Salpêtrière ancien chef de clinique de la faculté de médecine de Paris, expert près les tribunaux, reprendra ce cours à l'amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine), le jeudi 25 avril 1907, à 5 heures, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

Asiles d'aliénés. — *Promotion.* — M. le docteur Guiard, médecin-adjoint à Châlons (Marne), est élevé à la 1re classe du cadre.

Ecole de psychologie 49, rue Saint-André-des-Arts, 49 (Semestre d'été 1907). *Cours de Psychologie appliquée à l'éducation.* M. le Dr Bérillon, professeur, médecin inspecteur des Asiles d'aliénés, commencera son cours le *jeudi 25 Avril*, à cinq heures (Salle des Conférences de l'Ecole de Psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts) et le continuera les Jeudis suivants à cinq heures. Sujet du Cours : Les maladies nerveuses des enfants et des adolescents,— Applications de l'hypnotisme à la pédagogie — Jeudi 25 Avril. Le nervosisme chez les enfants.— Surmenage scolaire et sédentarité.— Jeudi 2 Mai. Les traitements préventifs de la neurasthénie.— Jeudi 9 Mai. Congé de l'Ascension. — Jeudi 16 Mai. La mollesse et la paresse chez l'enfant.—L'adaptation de l'organisme au travail. Jeudi 23 Mai.— La question des enfants anormaux.— Etablissements médico-pédagogiques. — Jeudi 30 Mai. L'hypnotisme et l'orthopédie morale.—La méthode hypno-pédagogique. —Jeudi 6 Juin. Applications de l'hypnotisme à la pédagogie des enfants nerveux et vicieux. —Jeudi 13 Juin. La formation du caractère.— La lutte de l'éducation contre l'hérédité. Jeudi 20 Juin—Le traitement psychologique des maladies sociales : alcoolisme, kleptomanie, perversité, etc..

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Morel et A. Marie. — **Memento de l'infirmier d'asile.** Suivi des *Instructions concernant l'organisation du service médical de la Maison de santé de Ville-Evrard et les soins à donner aux personnes atteintes de maladies mentales*, par les Drs P. Sérieux et R. Mignot. Vol. grand in-8°. Prix 4 fr. Pour les abonnés du *Progrès Médical* et des *Archives de Neurologie*, 2 francs, *franco*, 2 *fr*. 60.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères et Thiron.

Vol. 1. 3e Série. Mai 1907. N° 5

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

Hystérie et sommeil

(Théorie physiologique de l'hystérie),

PAR LE Dr PAUL SOLLIER.

La question de la nature de l'hystérie est plus que jamais à l'ordre du jour. On en est cependant toujours à peu près au même point qu'il y a dix ans. Pour les uns, c'est un trouble psychologique, variable d'ailleurs, qui entraine tous les accidents somatiques et psychiques; pour les autres, c'est un trouble physiologique de l'écorce cérébrale, unique dans sa nature, mais variable dans son intensité et son étendue, d'où découlent au même titre les manifestations somatiques et psychiques.

Je voudrais revenir aujourd'hui sur la théorie physiologique de l'hystérie, telle que je l'ai exposée pour la première fois en 1897 dans *Genèse et nature de l'hystérie* (1), et qui est basée sur l'association de l'état hystérique à un état d'engourdissement, d'inhibition du cerveau, à une sorte de sommeil spécial plus ou moins généralisé et aboutissant alors à ce qu'on a décrit bien avant moi sous le nom de « vigilambulisme ». Je voudrais en même temps répondre à certaines objections, préciser certains points qui ont été mal compris, ou mal interprétés, et dissiper certains malentendus. Je ne reviendrai pas sur les différentes théories psychologiques, ou pour mieux dire sur les diverses interprétations psychologiques qu'on a proposées pour expliquer et l'hystérie en général et ses divers symptômes en particulier. Un exemple montrera

(1) Paris, Félix Alcan, 1897, 2 vol.

paralysé parce qu'il est distrait. Il oublie de remuer son bras par distraction, non par absence de volonté ou mauvaise volonté. Et la preuve c'est que si vous arrivez à fixer son attention dessus, il pourra faire certains mouvements. Mais pourquoi cette distraction ne se produit-elle que pour les mouvements de ce bras,et comment peut-on arriver à être tellement distrait qu'on oublie un bras qui vous appartient ?

Rien de plus simple, explique un septième interprétateur : cela tient à un rétrécissement du champ de la conscience qui ne peut plus embrasser dans une seule synthèse personnelle les sensations musculaires et les représentations de mouvements associés. Mais il est singulier que cette synthèse personnelle continue à se faire d'une façon très convenable pour les autres membres, et qu'il n'y ait pas constamment suppléance ou substitutions de paralysies entre elles, au fur et à mesure que tel membre devient utile ou cesse de l'être.

C'est qu'il ne s'agit en tout ceci que de désagrégation mentale, dit un huitième. Si ce malade est paralysé d'un bras, c'est que le système d'impressions et de représentations mentales inhérentes à ce membre s'est séparé de sa synthèse personnelle, d'où le dédoublement du moi. Mais si, par suite de cette désagrégation mentale,le sujet se trouve en possession de deux personnalités au lieu d'une, c'est donc qu'il se fait deux synthèses personnelles conscientes ; et alors que deviennent les explications par perte de pouvoir de représentation, par rétrécissement du champ de la conscience, par amnésie systématisée, etc.

Tout se réduit à quelque chose de beaucoup plus simple encore, dit un neuvième. La cause de tout est dans la suggestibilité. Si le sujet est paralysé, c'est qu'il s'est auto-suggestionné qu'il l'est, à moins que ce ne soit son médecin lui-même qui le lui ait maladroitement suggéré en l'examinant, comme il crée chez lui de la sorte l'anesthésie, le rétrécissement du champ visuel, les points ovariens et généralement tous les soi-disant stigmates.

Voilà donc, en présence d'un phénomène aussi grossier qu'une paralysie hystérique d'un bras,neuf manières

de l'expliquer psychologiquement. Peut-on raisonnablement considérer ces interprétations contradictoires comme une théorie psychologique de l'hystérie ? La question se pose d'ailleurs immédiatement de savoir si la paralysie peut dépendre de toutes ces différentes causes psychologiques,— en admettant,pour le moment,que ce soit le phénomène psychologique accompagnant la paralysie, qui en soit la cause—, ou si elle ne dépend que d'une seule. Les partisans de l'hystérie maladie psychique ont omis de se mettre d'accord sur ce point. Si, comme il est scientifique de le faire, on doit chercher à tout ramener à une cause pathogénique unique, nous sommes aussitôt forcés de reconnaître que sur les neuf explications précédentes il doit y en avoir huit de fausses. Quelle est la bonne. ?

La théorie psychologique a cette rare fortune que toutes sont bonnes, et que cela dépend uniquement des cas, et peut-être bien aussi du point de vue où l'on se place, de façon qu'on est toujours sûr d'avoir raison. C'est là sans doute ce qui a valu à cette soi-disant théorie psychologique, constituée comme l'habit d'Arlequin de pièces fort disparates, une certaine faveur auprès des médecins qu'on se serait attendu à être un peu plus exigeants au point de vue physiologique.

Quand je dis que toutes ces explications sont bonnes, je devrais dire qu'il n'y en a aucune de bonne, par la simple raison que ce ne sont pas des explications. Ce ne sont que l'énoncé des caractères psychologiques qui se rencontrent associés au phénomène somatique. Et, de fait, dans le cas que je viens de prendre comme exemple, toutes ces explications peuvent être bonnes ; la plupart sont non seulement possibles,mais vraies. Seulement une seule d'entre elles s'applique à un cas donné. De sorte qu'il semble vraiment assez difficile de voir dans tout cela un corps de doctrine, une théorie uniciste de l'hystérie. Il faudrait tout au moins que l'un de ces phénomènes psychologiques subordonnât tous les autres. Or, on ne voit pas,si la paralysie est le fait d'une amnésie systématisée par exemple, pourquoi le sujet perd du même coup le sentiment de la propriété personnelle de son bras, ainsi que la volonté et le désir de le récupérer ;

ou,si elle est le résultat d'une aboulie, pourquoi il perd le pouvoir de représentation des mouvements de son bras, et est en même temps obsédé parl'idée fixe de sa paralysie. Et de même pour toutes les autres particularités psychologiques invoquées pour expliquer cette paralysie.

Mais il y a plus.Un hystérique présente toujours plusieurs manifestations de la névrose ; l'hystérie soi-disant monosymptomatique est un mythe. Or il arrive que l'une de ces manifestations s'expliquera par de l'amnésie, une autre par de l'aboulie, une autre encore par une idée fixe. Chez le même sujet nous voyons survenir également, à des époques diverses, le même trouble qui sera rattachable dans chaque circonstance à une interprétation psychologique différente. Que faut-il en conclure,sinon que ce n'est pas dans l'explication psychologique qu'il faut chercher la véritable nature du phénomène, et que le trouble psychologique n'est qu'un attribut secondaire dépendant,comme le trouble somatique lui-même, d'un état des centres fonctionnels, dont la nature est à déterminer et qui commande les deux.

D'ailleurs, dans ce domaine des interprétations psychologiques des troubles hystériques,il faut être très circonspect. Il faut se défier singulièrement de ne pas prêter à son sujet des explications qu'il ne trouverait pas lui-même, de ne pas lui prêter ou lui suggérer des raisonnements qu'il n'aurait jamais formulés spontanément. L'ingéniosité et les qualités de psychologue de l'observateur sont presque gênantes dans certains cas,et il m'est arrivé souvent de découvrir des causes très banales et très physiologiques à des troubles pour lesquels on aurait pu édifier, et dans certains cas même on avait édifié, des interprétations vraiment étonnantes de subtilité et d'observation psychologique chez les sujets en cause.

Suivant sa finesse d'esprit, ses connaissances psychologiques, on pourra donc juger très diversement un même trouble hystérique au point de vue de son soi-disant mécanisme psychologique. Si c'est là un grand inconvénient pour une théorie solide sur sa base, c'est par contre d'une bien grande commodité d'explication. Au surplus cela n'a guère d'importance, car il ne semble pas que les résultats thérapeutiques basés sur ces con-

ceptions psychologiques aient été bien fameux. Il n'en saurait être autrement d'une méthode dont la valeur est forcément très subjective et très personnelle, qui n'a rien de fixe, qui n'a pas de règles déterminées, logiques, et qui est constituée par une série de petits procédés plus ou moins ingénieux et qui ne sort pas à la portée de tout le monde. On ne saurait donc prendre la théorie psychologique de l'hystérie comme base d'une méthode thérapeutique, et cela seul montre déjà qu'il est peu vraisemblable qu'elle soit suffisante et même juste, car si la pathogénie était vraiment psychique, il devrait en découler une thérapeutique dont les résultats lui serviraient en même temps de preuve.

Toutes les théories psychologiques de l'hystérie se résument donc en ceci qui est vraiment un peu vague ; l'hystérie est une maladie psychique ; ou : les troubles hystériques sont d'origine psychique ou d'ordre psychologique. N'est-il pas singulier qu'en présence d'une maladie à manifestations somatiques aussi importantes que l'hystérie on ait ainsi subordonné les troubles physiques aux troubles psychiques. Et pourquoi, d'ailleurs, les subordonner les uns aux autres ? Pourquoi ne pas les considérer tout simplement comme la double manifestation d'un même trouble fonctionnel du système nerveux central ? Au lieu de faire appel à une psychologie dont les fondements sont encore bien incertains et sur laquelle personne n'est d'accord, pourquoi ne pas s'adresser à la physiologie cérébrale qui est mieux connue, et comment nous, médecins, avons-nous pu oublier cette physiologie et cette anatomie du cerveau en présence de paralysies, de contractures, d'anesthésies que nous sommes habitués à rattacher à des troubles du système nerveux central ? M. Pierre Marie reprochait un jour aux psychiâtres de ne pas penser anatomiquement ; il aurait pu ajouter physiologiquement. Il avait absolument raison, et s'il est un cas où la nécessité de penser de la sorte s'impose c'est bien en matière d'hystérie. C'est frappé par ce fait élémentaire que j'ai été amené à rechercher s'il n'y avait pas un trouble de cerveau, des centres cérébraux — où tout le monde est d'accord, je crois, pour placer le siège du trouble hystérique — capable d'expliquer à la fois

les manifestations somatiques et psychiques concomitantes.

Notre écorce cérébrale est formée de deux parties : l'une postéro-latérale où sont répartis tous les centres sensitivo-moteurs et sensoriels, auxquels il convient d'ajouter des centres viscéraux, non admis encore chez l'homme ou du moins non démontrés, et que je crois pour ma part avoir en partie déterminés. Quoi qu'il en soit,on admet que,sur l'écorce cérébrale,l'organisme tout entier se trouve projeté dans des centres fonctionnels, moteurs, sensoriels, viscéraux et vaso-moteurs, réunis entre eux par des fibres et des faisceaux d'association. C'est à cette région la plus considérable, que j'ai donné le nom de cerveau organique. C'est là que se font au point de vue psychologique la perception et la représentation des images. En avant, se trouve une partie beaucoup plus limitée et où aucune localisation ne semble encore possible ni même probable, et qui paraît préparée aux fonctions psychiques les plus élevées, de conscience, d'aperception. de mémoire, d'évocation, de synthèse de la personnalité. C'est pourquoi j'ai donné à cette région antérieure des lobes frontaux le nom de cerveau psychique.

Que se passe-t-il à l'état normal ? Toutes les impressions venues du dehors ou de l'organisme aboutissent aux centres du cerveau organique. Elles y déterminent un état moléculaire particulier, correspondant à chaque impression. C'est là le phénomène de la perception brute. Cet état moléculaire réagit à son tour sur le cerveau psychique et y détermine également un état moléculaire particulier. C'est alors seulement que le phénomène psychologique de l'aperception, c'est-à-dire de la perception consciente et de son assimilation à la personnalité, se produit.C'est là aussi que s'emmagasine le souvenir de l'impression venue du dehors, et que s'en évoquera la représentation. Chaque fois que le centre psychique se trouvera dans le même état moléculaire,il déterminera dans le centre organique un même état moléculaire. Celui-ci ayant été déterminé antérieurement par une impression venue du dehors, l'image de l'objet qui a provoqué cette impression se trouve ramenée, et l'on

dit alors qu'il y a représentation. Les centres du cerveau organique sont donc les centres de la perception et de la représentation des images, tandis que le cerveau psychique est le centre de la conscience, de la conservation et de l'évocation de ces mêmes images, ou pour mieux dire des états qui leur correspondent.

Sous quelle forme se conservent ces images ; comment les centres organiques s'associent-ils et réagissent-ils réciproquement ; comment se fait l'évocation des représentations, ce sont là des questions que j'ai traitées ailleurs (1) et qui, dans l'espèce, ne sont pas utiles à trancher.

Supposons maintenant qu'un arrêt, qu'un phénomène d'inhibition, d'engourdissement, de sommeil, peu importe le mot,frappe un centre du cerveau organique, que va-t-il se produire ?

Reprenons notre exemple de tout à l'heure, de la paralysie d'un bras. Nous savons que le centre moteur de ce bras est non seulement moteur, mais sensitivo-moteur et psycho-moteur, c'est-à-dire que c'est là qu'aboutissent les sensations parties de la périphérie du membre, tant externes qu'internes ; et que c'est là aussi que doivent se former les représentations des mouvements que nous voulons exécuter. Dès lors nous comprenons immédiatement que la paralysie s'accompagne d'anesthésie et de perte de représentation mentale.L'évocation des mouvements ne se transmettant plus au centre inhibé, le sujet a l'air d'être paralysé par amnésie.Admettons que le centre moteur ne soit pas complètement inhibé ; les excitations parties de la périphérie n'y détermineront qu'un état insuffisant pour provoquer le mouvement et la sensation consciente dont il est la réponse, mais suffisant cependant pour déterminer des réactions subconscientes qui font croire à certains observateurs que l'hystérique simule ou que la conscience seulement est atteinte, alors que les perceptions se font normalement.

Supposons maintenant qu'au moment même où l'inhibition s'est produite le centre moteur était le siège d'une

(1) Voir *Le problème de la mémoire* 1900, et l'*Association en psychologie* 1907. In Biblioth. de philos. contemporaine, Paris, F. Alcan.

représentation. C'est ce qui arrive dans les paralysies par émotion, dont les effets sont soumis aux lois de localisation des émotions, que j'ai étudiées ailleurs (1). Il reste en quelque sorte figé dans cet état momentané; fatalement la représentation qui lui était liée persiste de même aussi longtemps qu'il ne change pas. Nous avons alors l'idée fixe qui varie et disparaît avec l'état somatique, lié lui-même à l'état moléculaire du centre inhibé. Mais,en même temps que le centre moteur du bras est inhibé, et cesse ainsi de percevoir les impressions de la périphérie, de les transmettre au centre d'aperception, au centre psychique, et de recevoir de ce dernier les évocations de représentations aboutissant à des mouvements, les autres centres continuent à fonctionner plus ou moins normalement. Le sujet a donc le sentiment que certaines parties de son organisme répondent à son impulsion personnelle et que d'autres n'y répondent pas. Il a l'impression d'être divisé, dédoublé.

Mais pour cela, il est nécessaire— et c'est le cas le plus fréquent — que l'inhibition ne soit pas absolument complète, de sorte que subconsciemment il perçoive les excitations affaiblies qui lui parviennent encore du centre moteur inhibé. Si, au contraire,l'inhibition de ce dernier est complète, aucune perception même subconsciente ne se produisant, le sujet regarde son bras comme s'il ne lui appartenait pas ; il y est complètement indifférent, et ne fait pas plus d'effort pour le mouvoir que s'il appartenait à une autre personne.Il a donc l'air de le laisser paralysé par aboulie, ou par distraction.

Dire dans ce cas que le champ de conscience est diminué, que la synthèse personnelle ne se fait plus, qu'il existe de la désagrégation mentale, ce n'est pas expliquer les choses, c'est constater simplement le même phénomène. Il est évident qu'un des centres de l'écorce étant soustrait au fonctionnement de l'ensemble, ne réagissant plus aux excitations du dehors, ne les transmettant plus au centre de conscience, de synthèse personnelle, ne répondant plus à l'évocation partie de ce dernier, le champ de conscience se trouve diminué d'au-

(1) Voir le *Mécanisme des émotions*. Bibl. de philos. contemp. Paris F. Alcan, 1905.

tant, que la synthèse des impressions constituant la personnalité est incomplète. et que la séparation d'un centre de ses congénères constitue de la désagrégation. Mais tout cela n'est pas psychique ; le caractère psychologique de la paralysie n'est qu'apparent ; il n'est que secondaire ; ce qui est primitif, fondamental, c'est l'état physiologique, disons même physique du centre moteur.

Appliquons ce que nous venons de dire à n'importe quel centre sensitivo-moteur, sensoriel ou viscéral, et nous verrons que l'explication psychologique n'est que l'énoncé d'une des conséquences du trouble fondamental physiologique. Si, maintenant, au lieu d'envisager un seul centre atteint, nous en considérons plusieurs frappés simultanément, comme c'est le cas ordinaire, si nous remarquons en outre qu'ils sont touchés inégalement, et que, sous diverses influences, ils présentent des variations dans leur état, nous comprendrons facilement les aspects si multiples, si variables, des manifestations hystériques, en même temps que la grande simplicité de leur mécanisme sous cette apparente complexité.

Du reste, malgré toutes les subtilités employées pour l'interprétation psychologique des symptômes de l'hystérie, les partisans eux-mêmes d'une théorie psychologique sont obligés de reconnaître qu'un grand nombre de manifestations échappent à cette explication. C'est ainsi que M. Pierre Janet avoue très franchement : « Mais il existe d'autres accidents hystériques, dont l'interprétation psychologique est beaucoup moins avancée et même beaucoup moins vraisemblable ; nous croyons pouvoir les ranger dans trois catégories principales : 1° les accidents viscéraux ; 2° les troubles vaso-moteurs et sécrétoires ; 3° les troubles trophiques. » C'est un gros morceau, et il faut avouer qu'une théorie pathogénique qui laisse de côté tant de phénomènes si importants et si habituels de la maladie ne peut guère prétendre à être juste, complète et suffisante.

Pour trouver une solution au problème de la nature de l'hystérie, il faut s'adresser à la physiologie. La théorie physiologique dont j'ai montré tout à l'heure l'application à un cas de paralysie pour la mettre en parallèle avec la théorie psychologique, ou plutôt avec les inter-

prétations psychologiques multiples qu'on pouvait en proposer, n'est donc nullement en opposition avec celles-ci : Elle fait comprendre au contraire comment elles sont toutes soutenables et toutes possibles. Elle leur sert de base et de justification au lieu de paraître livrées à l'arbitraire de l'observateur.

Et, à ce propos, je voudrais dissiper tout de suite un malentendu que j'ai déjà essayé de détruire dans mon ouvrage « l'Hystérie et son traitement », à propos de l'opposition qui existe entre ma manière de voir et celle de M. Pierre Janet. Deux auteurs ont cependant bien compris que cette opposition n'existait qu'en apparence, ce sont MM. Alfred Binet et José Ingegnieros, qui ont montré en quoi nos deux théories se complétaient, bien loin d'être en contradiction. Mais, récemment, à propos d'une étude sur une théorie biologique du sommeil, dans laquelle il consacre une grande partie aux rapports de l'hystérie et du sommeil sur lesquels j'aurai lieu de revenir tout à l'heure, M. Claparède (de Genève) relève ma discussion de la théorie de Janet et trouve « curieux » mon « acharnement » à tomber sur cette conception, comme s'il s'agissait d'une question personnelle entre nous. Je ne sais si j'ai mis de l' « acharnement » à défendre ma théorie. Je l'ai défendue avec conviction parce que je la crois vraie, je me suis servi des arguments et des exemples que pouvait me fournir la théorie contraire. Si l'on trouve que je n'ai pas rendu tout l'hommage qu'ils méritent aux travaux si remarquables de M. Pierre Janet, le seul fait de n'avoir pris à partie que ses idées et ses théories, prouve en quelle estime je les tiens et quelle incontestable supériorité je leur reconnais. S'il en était qui, comme M. Claparède, pouvaient en douter, je pense que M. Pierre Janet lui-même n'en a jamais douté, étant, à mon avis, un des psychologues contemporains qui fait le plus d'honneur à notre pays. Sur le terrain des faits et de la clinique j'ai toujours été pleinement d'accord avec lui, et j'ai admiré plus que personne, la merveilleuse analyse qu'il a su faire de l'état mental des hystériques. Où j'ai toujours différé d'avis avec lui, c'est sur la valeur relative des phénomènes psychologiques et des troubles somatiques, et sur la prééminence des premiers ; et surtout sur le fait

que ce n'est pas dans une explication purement psychologique,mais au contraire essentiellement physiologique, qu'il faut chercher la clef des troubles hystériques. Au surplus, comme je le disais plus haut, M. P. Janet a convenu lui-même que pour un grand nombre de manifestations une interprétation psychologique était peu vraisemblable. Et dans maintes occasions, en ces dernières années, il a parlé comme moi de l'engourdissement des centres cérébraux comme fondement des troubles hystériques. Nous ne sommes donc pas si loin de nous entendre, quoiqu'en pense M.Claparède,qui semble n'avoir pas vu que nos deux manières de voir se complétent plus qu'elles ne s'opposent. S'il s'agit d'analyser l'enchaînement des phénomènes psychiques inhérents à un trouble hystérique,nul mieux que M. P. Janet ne l'a fait. Mais l'évolution d'un symptôme ne saurait constituer une explication pathogénique de la maladie qui présente ce symptôme. S'il s'agit au contraire de chercher le fond commun sur lequel tous les symptômes somatiques et psychiques se développent, alors la psychologie, de l'aveu même de M. P. Janet, ne suffit plus ; il faut s'adresser à la physiologie, dont la psychologie n'est au surplus qu'une branche. Les troubles psychiques de l'hystérie sont conséquence et non cause de l'état hystérique, dont il s'agit maintenant de définir la nature.

J'ai dit que le trouble fondamental de l'hystérie est constitué par une sorte de sommeil,d'engourdissement, d'inhibition du cerveau. Déjà l'aspect des malades, leur état de somnolence, de rêverie qui aboutit si souvent à des attaques de sommeil, leur somnambulisme si fréquent, leurs aveux qu'elles ne savent si elles dorment ou sont éveillées, qu'elles se sentent engourdies, leur changement d'aspect, d'activité, quand on les secoue de leur torpeur, leur anesthésie enfin qui n'est que le signe objectif de l'inactivité de leur cerveau , en pourraient être des témoignages. Mais ce sont-là des présomptions insuffisantes. Il faut une démonstration plus nette et qui, pour être véritablement scientifique, soit reproduisible à volonté.

Voici celle que j'imaginai. J'avais été frappé de l'insomnie complète des grandes hystériques à manifesta-

tions multiples et surtout viscérales. On ne résiste pas plusieurs mois de suite à l'insomnie. Je pensai donc que si elles ne dormaient pas du sommeil naturel, c'est qu'elles étaient plongées dans un état d'engourdissement, de sommeil pathologique. Pour m'en assurer j'avais deux moyens : les réveiller par une forte excitation comme si elles étaient réellement endormies ; ou les endormir plus profondément par hypnose et les interroger.

Charcot avait déjà montré que certaines hystériques qui paraissent éveillées, dorment en réalité et sont plongées dans un état de vigilambulisme. Et, pour le prouver, il en prenait une qui avait de l'amnésie portant sur toute sa vie, sauf sur les cinq dernières années, et qui était totalement anesthésique. En lui enjoignant énergiquement et à plusieurs reprises de *se réveiller*, quoiqu'elle prétendît ne pas dormir, elle ébauchait une attaque, et, tout étant rapidement rentré dans l'ordre, elle se trouvait reportée à cinq ans en arrière, recouvrait tous les souvenirs de son existence passée, sauf les cinq dernières années, se croyait à 32 ans au lieu de 37, et, au lieu d'être totalement anesthésique comme tout à l'heure, n'était plus qu'hémianesthésique, entre autres particularités nombreuses de la modification de son état.

Quoiqu'il se servît de cet exemple de réveil pour démontrer que certaines hystériques sont endormies, vigilambules, ce n'est pas à ce point de vue qu'il présentait ce sujet. Il voulait montrer qu'il s'agissait là de dédoublement de la personnalité et que ces modifications de la personnalité étaient comparables au délire de la grande attaque. Et il ne voyait dans cet état de vigilambulisme qu'une sorte d'attaque d'hystérie transformée, un équivalent de la phase délirante de la grande attaque.

Les conclusions de son enseignement étaient si éloignées de la conception que j'ai proposée de l'hystérie, que ce passage m'échappe, et échappa d'ailleurs à ceux qui présentèrent des objections à ma théorie. J'ai déjà réparé cet oubli involontaire de cette expérience si démonstrative de Charcot, qui a corroboré par avance les miennes propres.

Il suffisait de la généraliser, de la poursuivre comme

je l'ai fait, pour voir se dérouler tous les phénomènes que j'ai signalés depuis.

Non seulement je procédai à des réveils d'emblée par une excitation brusque, impérieuse, à la suite desquels des sujets se trouvèrent ramenés à plusieurs années en arrière, mais je poussai plus loin, et par des excitations successives, je produisis des réveils de plus en plus complets, amenant des retours en arrière de la personnalité de plus en plus marqués, et s'accompagnant de toutes les manifestations somatiques ou psychiques, que les sujets présentaient aux diverses phases de leur existence où ils se trouvaient ramenés, manifestations que j'ignorais moi-même, tout autant que l'époque à laquelle allait se produire le réveil que je provoquais.

En état d'hypnose, j'appris en interrogeant les malades sur la cause de leur insomnie nocturne, qu'ils ne dormaient pas, ou parce qu'ils dormaient tout le temps, ou parce qu'on ne peut pas dormir deux fois ; d'autres me répondaient qu'ils ne savaient jamais s'ils dormaient ou s'ils étaient éveillés, qu'ils se sentaient toujours engourdis, ou qu'ils étaient endormis depuis telle époque. Il suffisait alors de les réveiller énergiquement pour amener le retour en arrière de leur personnalité physique et morale. C'est ce que j'ai appelé la régression de la personnalité, dont les conséquences, au point de vue du mécanisme de la pensée, de la mémoire, et de la constitution du moi, sont si intéressantes et si importantes.

En provoquant de plus en plus le réveil, on arrive à un moment où la régression de la personnalité ne se produit plus et où le sujet ne présente plus aucun stigmate ni accident hystérique. Cela correspond à l'époque où le sujet était normal et a commencé à s'engourdir, à tomber dans le vigilambulisme et dans l'hystérie. Et l'on saisit alors facilement quel a été l'incident, l'émotion le plus souvent ou une maladie intercurrente, qui a amené l'état hystérique, que d'autres incidents n'ont fait qu'accentuer ensuite. Ces incidents apparaissent à leur tour au fur et à mesure que la personnalité se reforme sous l'influence au réveil progressif. Après la régression vient, en effet, la progression de la personnalité dans l'ordre même de la vie du sujet, et cela ramène tous les

événements que l'on a vus se dérouler dans l'ordre inverse pendant la régression. On constate alors à quelles causes sont dues les aggravations, ou les recrudescences de la maladie, et comment des idées fixes se sont substituées les unes aux autres, liées qu'elles étaient à des états cérébraux nouveaux provoqués par ces causes. On a ainsi l'explication de la disparition de certains troubles sous l'influence de la disparition de certaines idées fixes. En réalité, ces idées disparaissent par ce que l'état cérébral qui amenait ces troubles les entretenait en même temps : il n'y a pas de rapport de cause à effet entre l'idée fixe et le trouble hystérique, il n'y a qu'un rapport de concomitance par suite d'une cause unique.

Enfin, quand le réveil est complet, le sujet ne présente plus aucun stigmate hystérique, et se trouve en même temps complètement transformé au point de vue moral. Il en est quelquefois stupéfait, car il passe presque brusquement de la personnalité qu'il avait au moment où il est entré dans le vigilambulisme hystérique à celle qu'il aurait actuellement si sa vie s'était déroulée normalement. La transformation progressive de l'une à l'autre, qui s'est faite inconsciemment, lui apparaît tout à coup consciemment. On a vraiment alors le sentiment de se trouver en présence d'un autre état, d'un autre individu. Il a lui-même l'impression de sortir d'un rêve, d'un cauchemar plutôt, et est rempli d'une joie de vivre intense.

Or, à ce moment, on constate un phénomène qui vient corroborer la théorie que je donnais plus haut de l'insomnie des hystériques, à savoir qu'elle était due à ce qu'ils étaient plongés dans un sommeil pathologique, c'est le retour du sommeil normal. Dès que le sommeil pathologique disparaît, le sommeil normal reparaît, car c'est une fonction normale du cerveau en activité normale.

Le réveil cérébral s'accompagne de réactions motrices, sensitives, sensorielles, viscérales, vaso-motrices et psychiques. Et l'on peut alors constater que toutes ces réactions ne diffèrent que par leur intensité et leur durée, de celles qu'on observe à l'état normal quand on a un arrêt de fonctionnement d'un nerf par exemple. Seulement

ici c'est le cerveau lui-même qui est frappé d'arrêt de fonctionnement, et l'on conçoit que le réveil de ce fonctionnement doit s'accompagner de sensations et de réactions psychiques un peu particulières. On comprend également qu'un organe qui est engourdi depuis des années, doit présenter, quand il recouvre ses fonctions, des réactions singulièrement longues et intenses. Je ne saurais insister ici sur ces réactions qui se présentent dans un ordre parfaitement précis et déterminé. Je les ai décrites ailleurs (1) dans leurs moindres détails ; j'ai montré leur hiérarchie, leur ordre de succession, leurs degrés pour tous les organes, depuis le muscle jusqu'au cerveau, en passant par les organes des sens et les viscères. J'ai pu ainsi établir des échelles de sensibilité qui permettent, étant donnés une sensation, un trouble sensitif quelconque, de savoir à quel degré est atteint le centre de l'organe intéressé, ou, étant donné un état somatique déterminé, de prévoir quelles sont les sensations éprouvées par le sujet.

Cette étude permet de comprendre à quoi tiennent les variétés si nombreuses de manifestations hystériques. Elles tiennent à deux causes : 1° le degré de l'engourdissement, de l'inhibition cérébrale, et 2° l'étendue, le nombre des centres atteints.

On constate en outre que ces réactions ne sont autres que celles qu'on observe dans les attaques, et qu'ainsi les attaques ne sont que la tendance des centres cérébraux à reprendre leur activité. Quand elles se déroulent complètement, elles amènent le réveil, et on s'explique alors comment, s'il est partiel, on voit souvent à leur suite reparaître des états anciens du sujet, s'il est complet, la guérison de tous les accidents.

Il y a encore un autre facteur à considérer dans la forme des manifestations hystériques, ce sont les variations de l'état d'engourdissement des centres cérébraux atteints. Ceux-ci peuvent bien dans certains cas - comme dans ces paralysies ou contractures qui durent des années — persister d'une façon fixe. Le plus souvent il y a dans l'inhibition des augmentations ou des diminutions sous des causes diverses. Ces variations s'accompagnent

(1) Voir *Genèse et Nature de l'hystérie*.

de changement dans la forme et l'intensité des troubles hystériques, et les réactions du réveil nous font apparaître nettement le rapport existant entre ces variations parallèles des troubles hystériques et de l'engourdissement cérébral. Nous avons ainsi, dans les expériences de réveil, non seulement une confirmation de la théorie que je propose de l'hystérie, mais encore une méthode expérimentale permettant de rapporter chaque phénomène à tel ou tel degré du sommeil cérébral,et aussi une méthode thérapeutique, pathogénique et rationnelle, puisque le réveil complet amène la guérison complète de l'hystérie. (*A suivre*).

PSYCHOLOGIE

Sur la symétrie bilatérale du corps et sur l'indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux. (*Suite*) (1).

(A PROPOS D'UN LIVRE RÉCENT).

(*Suite*).

Par CH. BONNE,
Médecin-adjoint à l'asile de Braqueville.

C. LE MOI, SA FORMATION ET SES ATTRIBUTS. Le moi n'entre en scène qu'assez tard, ou plutôt, s'il y est fait allusion dans les deuxième et troisième chapitres,il n'est spécialement envisagé qu'à propos des applications de la théorie à l'objet particulier des sciences sociologiques : on dirait que l'Auteur, préoccupé avant tout de ces dernières, avait déjà édifié son système et le leur avait rattaché, quand un avertissement quelconque le conduisit à faire une place à l'unité de la conscience. Mais le siège était fait : les deux coêtres étaient maîtres *totius substantiæ* ; la dualité de leur conscience surnageait définiti-

(1) Voir les numéros de mars, p. 177 et d'avril, p. 293.

vement. On verra par quelle tentative l'Auteur de la préface s'est efforcé de remédier à l'étrange oubli d'une théorie qui prétend se baser sur l'organisation et s'en tenir « aux faits expérimentalement observés ou logiquement et rigoureusement déduits »(p.91) : le moi, expression de la conscience unique, dominant les coêtres, attendant encore son substrat anatomique. Voyons d'abord comment le moi se forme.

La *Formation du moi* est envisagée à propos de la liberté, et à propos de cela seulement : « Si la sensibilité est attribut d'individu, la volonté consciente est attribut de la personne, c'est-à-dire de l'être complet » (p. 88). « La matière est exceptionnellement grave puisqu'il ne s'agit de rien moins que d'une théorie nouvelle de la liberté » (p. 90). Et l'Auteur, s'apprêtant à une « démonstration rigoureuse » formule enfin la question : « Comment se sera formée cette personne humaine en deux individus ?.. Sera-t-elle distincte de chacun d'eux ? » (p. 90). Il revient à trois reprises sur le « mécanisme » de cette formation : p. 88 : « Cette explication, eh bien ! la philosophie dupliste la donne » ; p. 91 : «Il a raison, le lecteur, de vouloir se rendre compte.... » ; p. 106 : « La démonstration qui précède a été trop rapide, trop synthétique. Reprenons-la ». Puis vient un paragraphe (p. 111 à 113) qui spécifie ce que le moi n'est pas. Mais chaque nouvel effort est plus embarrassé, plus incohérent, plus oublieux des prémisses posées, et la solution attendue, difficile à dégager des développements qui l'embarrassent, apparaît tellement monstrueuse qu'on tend à croire à une inadvertance qui aurait laissé la question ouverte.

Les deux coêtres sont « en relations régulières » (p. 97); leurs sensations de perceptions peuvent être « communiquées *par la voie cérébrale*, d'un individu à l'autre individu » (p. 89). Incapables de se fusionner, « de devenir identiques l'un à l'autre » (p. 95) ou de « se subordonner l'un à l'autre » (p. 96), forcés par conséquent de s'entendre, ils « se concertent en vue de la coordination de leur activité » (p. 97), « établissent un *modus vivendi* » (p. 98) et entrent en délibération. Ils sont donc toujours bien distincts et parfaitement indépendants l'un de l'autre : « lorsque même elles délibèrent, chaque raison indivi-

duelle reste propre » (p. 109) ; « pour délibérer, il faut être deux » (p. 90). C'est pourtant de cette dualité, « de ce concours », et de cela seulement (p. 105) que naît la conscience unique « propriété essentielle de la personnalité ». Nous verrons dans un instant les rapports de cette conscience avec les deux consciences originelles.

Reprenons les détails de la formation. La simple *addition* des aptitudes des coêtres ne peut expliquer l'existence chez l'être complet des facultés de contrôle, de direction et d'invention qui leur manquent : « Les facultés des deux individus ont donc réagi, celles de l'une sur celles de l'autre.... elles se sont multipliées l'une par l'autre et le résultat.... a été non une somme mais un produit » (p. 58). Pour plus de clarté : « Les deux coêtres associeront la raison, l'intelligence, la volonté de chacun d'eux... et chaque faculté s'exaltera jusqu'à une définitive synthèse...Il n'y aura plus quand *l'action psychique* aura évolué jusqu'à son terme que la Sensibilité, la Raison, la Volonté de la personne humaine » (p. 58). Pourtant,la conscience du moi reste complètement indépendante de celle des coêtres : elle a son rôle propre dans la délibération,qu'elle présuppose (p. 105 et *passim*),et dans ce qui la suit ; les motifs qui font agir aveuglément les coêtres n'ont pas prise sur elle et lui laissent la liberté ; enfin elle est une.

Cette unité, l'Auteur en examine les différentes faces sans voir qu'elle contredit son système : « La Conscience est l'état de l'Homme qui se sent en jouissance de ses facultés d'Entendement et de son pouvoir de Volonté. Elle est le grand phénomène en qui se réalise l'*Unité du moi* » (p. 105) ; « l'Unité du Moi se révèle dans l'unité de la décision »(p. 107) ; il n'est, « ni mon individualité de droite ni celle de gauche... il n'a plus rien qui soit de droite ou qui soit de gauche... il est impersonnel par rapport à nos deux coêtres » (p. 111). Il se reflète « en sa conscience... dans tout le secret de ses organes les plus profonds » (p.113).

Cette série un peu longue de citations met en pleine lumière la méprise de l'Auteur. Considérons une conscience unique ou plutôt l'ensemble de son contenu :il y a dans ce contenu nombre de faits, sensations, perceptions

qui ne sont pour rien dans l'unité perçue de la conscience, qui, au contraire, doivent être spécialement visés par toute théorie de la formation du sentiment de l'unité, de l'identité dans le temps. Dans cette conscience, certains processus, l'effort, la perception de la résistance, la considération par l'esprit des actes propres, successifs, jugement, raisonnement, décision, dont il se sent la seule cause, sont les points de repère de l'unité du moi ; il, est pourtant exagéré de dire que « l'acte de volonté... donne seul à la personne humaine le sentiment de son existence » (p. 112). Mais que peuvent tous ces agents de l'unité ou de l'identité perçue ou consciente, quand on les met eu présence de deux consciences distinctes ? Comment peuvent-ils d'abord devenir communs aux deux consciences, puis les fondre en une seule, ou du moins, tout en laissant persister l'indépendance des deux consciences, en tirer *une* conscience? Il est évident qu'ici encore l'Auteur a été trompé par le langage philosophique : la volonté, la raison, etc., ou plutôt les actes qui manifestent ce mode de l'activité, font le sentiment de l'unité, mais ne font pas l'unité: ils sont, au contraire, effet de l'unité de l'esprit basée sur celle de l'organisme.

Or, suffisait-il au duplicisme d'avoir *rétabli le sentiment* de l'Unité et se trouvait-il ainsi mis d'accord avec la donnée fondamentale de l'observation interne ? Non, car ce sentiment reste *inexpliqué* étant donnée la duplicité fondamentale attribuée à la conscience : il est simplement affirmé et reste incompréhensible.

Rapports des trois consciences. Les trois consciences sont nécessaires, et quoique l'Auteur dise souvent que l'unité du moi ne s'affirme, ne se révèle, que dans et par certains actes seulement, le Moi, l'Etre complet, n'en a pas moins besoin d'une conscience qui lui soit propre. D'ailleurs, puisque les trois êtres interviennent simultanément dans certains actes psychiques, pour y jouer chacun son rôle, il est bien clair que ces trois êtres n'en font pas qu'un seul : or, si l'individualité, l'indépendance de chacun, ne réside pas dans sa conscience, où peut-on bien la chercher ? Donc, inéluctablement, *trois consciences distinctes* et persistant à être distinctes, et non pas, quoique l'existence des deux premières n'ait pas pu être

démontrée et que la formation de la troisième soit restée inexplicable, non pas une seule conscience à triple face, d'un modèle particulier, une conscience à trois voies,si l'on veut, simple en haut, bifide en bas.

Quels sont donc les rapports de ces trois consciences, rapports inconnus et rapports connus du sujet ? L'imprécision malheureusement augmente de page en page, à l'apparition de chaque nouvelle donnée : l'Auteur ne sortira plus du domaine des métaphores que pour tomber dans celui des affirmations gratuites ou des erreurs manifestes : les deux coêtres continueront à agir de concert en individus indépendants, mais désormais le mot conscience sera au singulier, et la Sensibilité, l'Intelligence, la Raison, attributs de la seule « Personne » humaine, s'écriront avec une majuscule.

Dès que l'on envisage, en effet, les divers modes possibles de rapports,on devient convaincu que l'Auteur a perdu de vue dans tout le chapitre consacré au moi, et dans les chapitres suivants la dualité des consciences des coêtres : il met ceux-ci en scène, par exemple dans la délibération (p. 106 et 107), en même temps que le moi et les fait agir comme les personnages d'un drame dont chacun connaît au moins en partie les actes et les idées de ses interlocuteurs, et concourt à l'action. Mais l'Auteur ne réfléchit pas que si des faits extérieurs,des manifestations peuvent être connus de plusieurs personnes, c'est-à-dire de plusieurs consciences, il n'en est pas de même pour des faits psychologiques pour lesquels exister et être connu ne sont qu'une seule et même chose. Faut-il rappeler encore qu'un fait psychologique ne peut pas être connu de plusieurs consciences? Or,quelle est,dans la délibération, la conscience qui a connaissance des arguments pour et contre, de l'estimation de ces motifs, et dans le domaine de laquelle est enfin prise la décision ? C'est forcément celle du moi : celles des coêtres sont donc non seulement inutiles mais ici inadmissibles. Je ne puis admettre en effet que ma conscience succède à une autre: cela ne satisferait ni le sentiment que j'ai de l'unité de la cause de tous les actes de la délibération, ni le sentiment de l'identité de la conscience ou du moi qui a assisté à la série de ces actes.

Admettons pourtant que cette succession soit possible et qu'une double et parfaite soudure donne au sujet l'illusion de la permanence et de l'identité du théâtre de la vie psychique ; cette soudure, ce raccord, se répéterait à chaque intervention de la conscience du moi : les rapports des trois consciences deviendraient-ils alors concevables ?

La tendance de l'Auteur, dès que le moi est intervenu. est d'étendre indéfinimemt les attributs et la part de collaboration des coêtres : « les Raisons individuelles prendront connaissance du milieu.... » (p. 106). « Le conflit persistant « [des coêtres] prolongera l'incertitude. Or l'incertitude est une douleur [par qui ressentie ?]. Le désir de sortir de cette incertitude naîtra dans chaque coêtre et leur sera commun. Ce motif postérieur tendra à subordonner la réalisation des motifs originels.... à l'élaboration d'une solution d'accord » (p. 100). « Par leurs communes et logiques déductions » (p. 103), les coêtres trouvent même « les *formules de la sagesse* immédiate » à laquelle s'arrêtent beaucoup d'hommes « qui s'en tiennent ainsi aux conclusions de la prudence dans le travail ». D'autre part, l'Auteur restreint la conscience du moi aux faits psychiques les plus élevés, sinon les plus complexes : « C'est dans le sentiment que le Moi prend de la conformité aux lois de l'Être que gît la conscience » (p. 107).La conscience du moi n'interviendrait-elle donc qu'à de certaines occasions, rares et courtes, comme l'Auteur paraît quelquefois vouloir le laisser comprendre, par exemple dans les circonstances où la personne a la conscience réfléchie de sa vie psychique ? Il y aurait alors accord immédiat avec celle des consciences des coêtres qui était antérieurement en activité, ou, si l'on veut, superposition passagère. De telles suppositions, en elles-mêmes illicites, ne permettent même pas une interprétation acceptable des données du duplicisme ; les états psychiques dans lesquels interviendrait la conscience supérieure ne se soudent pas entre eux comme un état premier se soude à un état premier antérieur : ils continuent simplement le dernier état de conscience, quel qu'en ait été le contenu : ils appartiennent donc à la même conscience. Bien plus, tous les états de conscience ne diffèrent pas essen-

tiellement les uns des autres, ce n'est qu'artificiellement que l'on peut séparer une volition ou une délibération du reste du contenu de la conscience : c'est par un moyen semblable que l'Auteur a réparti *a priori* entre les coêtres et l'être complet tous les actes, et toutes les aptitudes de l'esprit.

Faisons d'autres suppositions : l'imprécision du texte laisse toute latitude à cet égard. Imaginons parmi les diverses conditions de la vie psychique normale, une combinaison qui se rapproche le le plus possible des données du duplicisme : supposons que la synthèse mentale qui, à l'état normal, forme la personnalité, soit toujours incomplète et en même temps élective ; qu'elle se fasse de telle sorte que les processus en lesquels « *se révèle* » l'unité du moi soient seuls connus de celui-ci : les autres faits seraient inconscients au moment où ils ont lieu, mais, avant de « vouloir », le moi en aurait une notion que, par une illusion constante, il reporterait et étendrait dans le passé, de manière à se faire un tableau du monde extérieur. Cette hypothèse fait une part à la bi-individualité des coêtres, lesquels seraient chargés des opérations préparatoires et pourraient s'en acquitter en gardant leur indépendance consciente : en d'autres termes, ces actes se répartiraient eux-mêmes en deux séries distinctes inconnues du moi, c'est-à-dire inconscientes, sauf au moment précis de la volition : à ce moment, les deux « états seconds », second et tierce, si l'on permet, se souderaient à l'état premier, puis la volition achevée, la synthèse totale transitoire prendrait fin : le moi ne garderait qu'un souvenir de cette synthèse transitoire, et, par ce souvenir seulement et les souvenirs précédents analogues, connaîtrait le monde extérieur. Cette hypothèse n'est pas le duplicisme : elle cherche seulement à imaginer un cas s'en rapprochant le plus possible ; je la résume encore : subconscience large et presque constante des faits « inférieurs » ; conscience claire réservée aux seuls faits où se révèle l' « unité du moi », c'est-à-dire aux processus les plus élevés de choix et de volition ; intégration de ces faits en deux séries distinctes, dont l'une est quelquefois de son côté dédoublée (périodes de non-communication entre les coêtres) : mais soudure intermittente de ces deux séries : cette soudure est nécessaire pour expliquer la connaissance du monde extérieur, en d'autres termes,... toute la psychologie, sans d'ailleurs en expliquer la continuité : il faudra toujours que cette soudure se fasse, autrement le « Moi » mourrait d'inanition. A ce moment, la conscience du Moi, ou, plus simplement, le Moi connaîtra tout le contenu de la vie psychique, les deux séries n'en feront qu'une seule. Mais ici, malgré les invraisemblables concessions faites pour suivre autant que possible le duplicisme, force est bien de le quitter : la conscience

redevient une, l'anomalie disparaît. En d'autres termes, les faits sur lesquels s'étend le plus longuement l'Auteur pour y montrer l'action combinée du moi et des coêtres sont inconciliables avec l'attribution d'une conscience propre à chacun de ceux-ci. Le moi pourra être inattentif, étranger, à la rigueur, à la plupart des actes psychiques, mais, du moment qu'il peut tous les connaître, tous lui appartiennent, car il est contradictoire, il est franchement absurde d'imaginer un fait psychologique, un évènement intérieur unique connu de plusieurs consciences. Si je supposais, au contraire, que les états supérieurs, ceux de la série appelée plus haut l'état premier, se soudent seulement entre eux et récusent les états inférieurs, je laisse la porte ouverte au duplicisme, à l'indépendance des coêtres vis-à-vis du moi, voire même à leur indépendance mutuelle, mais je la ferme au monde extérieur: je n'ai plus qu'un moi virtuel, vide de tout contenu, peut-être capable de vouloir, de choisir, le faisant même, à la rigueur, sur des données anciennes et fournies une fois seulement par la soudure temporaire qui lui aura donné la vie, mais n'assistant même pas à l'accomplissement de sa volition.

En réalité, et malgré les nombreuses affirmations irréfléchies de l'Auteur, la donnée fondamentale et irrécusable de l'unité de la conscience est incompréhensible dans le duplicisme et incompatible avec la dualité primordiale organique et psychique des individus. En lui cherchant un substrat anatomique, l'Auteur de la préface s'est donné une peine inutile. Dire que cette unité, qui présuppose la délibération des coêtres, naît de leur seul concours, c'est affirmer qu'elle n'a pas sa source dans l'organisme et rappeler que celui-ci y serait opposé de par sa structure, d'après les données de la théorie ; c'est rendre plus incroyable ce monstrueux mystère d'une trinité de consciences en une seule personne, ou réduire le lecteur à des antinomies plus pénibles encore : des faits psychiques simples, tels que l'impression faite par un motif sur une conscience, connue directement, accaparés par trois consciences ; ou bien des faits psychiques non seulement déterminés par action directe du milieu extérieur, mais encore inconscients : une sorte de délibération mécanique ! Le duplicisme démontre donc [illegible] même que, dans la réalité, l'unité de la conscience ne [illegible] pas des actes psychiques qu'il considère comme étant le partage de deux individus [illegible], et que la [illegible]

classique considère comme étant en général relativement simples, que cette unité est fondamentale, quitte à ne se manifester, d'après la théorie, qu'à l'occasion de certains actes. Si donc l'unité préexiste à l'exercice des puissances élémentaires de l'esprit et s'affirme ou peut s'affirmer à l'occasion de *tous* les faits de conscience, contrairement aux assertions du duplicisme, n'est-ce pas qu'elle a sa source dans l'organisation ? Comme, d'autre part, cette même unité se retrouve au sommet de la vie psychique, et s'affirme, de l'aveu de tous, dans les processus les plus élevés, que devient cet épisode intermédiaire de son partage entre deux individus, et de quel droit dire que « l'homme est double » ?

Le Moi du duplicisme est donc non seulement inadmissible en soi, mais encore, chose plus grave, inconciliable avec les prémisses de la théorie. C'est un *deus ex machina* rendu nécessaire par la charpente du drame et maladroitement amené au cinquième acte sans que rien n'ait auparavant justifié son intervention. Avant d'examiner les attributs dont il va s'enrichir, voyons s'il peut s'unir à un substrat matériel et si l'Auteur de la préface n'a pas, en en proposant un, jugé la théorie susceptible d'une interprétation qui nous aurait échappé.

Substrat matériel de la conscience unique. Le moi est un potentat dispensé de tout travail extérieur et chargé seulement de vouloir. Il a une mémoire : les archives en sont « classées dans les registres privés de la Mémoire de chaque coêtre » (p. 112). Tandis que chaque coêtre puise le sentiment de son existence propre dans ses actes les plus simples (je pense, donc je suis), le Moi n'a conscience de son existence que « dans l'acte de délibération aboutissant à une décision... et dans l'acte de volonté » (p. 112). « C'est à travers les souvenirs inscrits dans ces registres [tenus par les coêtres] qu'il prend conscience de lui-même et garde le sentiment de son identité » (p. 112). Veut-il agir ? Il n'a qu'un mot à dire : les coêtres exécutent le mouvement. Sent-il, perçoit-il ? C'est toujours par l'intermédiaire des organes des coêtres. Quand on parle d'un centre psychique, on envisage une accumulation, dans un point donné du névraxe, de résidus dont la mise en jeu ou la destruction constituent ou détruisent le souvenir : or

ces centres placés chez les coêtres sont à la disposition du moi.

En second lieu, l'Auteur a dit cent fois pour une que les communications entre coêtres, leur entente, leurs délibérations,préexistaient au moi et permettaient seules sa formation.

Enfin,n'a-t-on pas justement considéré pendant longtemps comme essentiellement privé d'un substrat matériel l'attribut principal du moi : la liberté ? Le duplicisme se rattacherait ainsi au spiritualisme, d'assez mauvaise grâce, il est vrai ; il ferait en même temps sa part à la « thèse déterministe... Tout *effet* a une cause » (p. 85). Cette part pourrait même être de taille à satisfaire les psychologues qui admettent que tout acte psychique, même la volition d'apparence libre, a un équivalent matériel,un processus histologique quelconque : ce processus se passerait à l'occasion dans les centres de l'un ou de l'autre hémisphère, voire même exclusivement dans les centres du langage. Donc pas de substrat anatomique propre.

Mais, d'un autre côté, puisque l'organisation est partagée tout entière (ou à peu près: l'Auteur a heureusement ment oublié quelque chose) entre les deux coêtres, puisque de cette organisation découle un déterminisme absolu, le spiritualisme est récusé implicitement par le duplicisme. Et pourtant celui-ci fait une place à la liberté : il lui aurait donc réservé un substrat matériel, dont l'existence est d'autant plus vraisemblable que les trois consciences se raccordent l'une à l'autre : elles auraient donc quelque chose de commun Si cette manière de s'exprimer paraît dépasser en originalité le duplicisme même l'Auteur reconnaitra bien, encore une fois, que le moi a connaissance, non seulement des faits « où gît », en qui « se révèle » son unité, mais encore de ceux qui sont la propriété des coêtres « L'hypothèse de l'âme universelle n'est pas inconciliable avec la théorie dupliste : mais elle ne lui est pas nécessaire » (p. 91). En serait-il de même pour le substrat du Moi? Non, probablement : l'Auteur de la préface a détruit l'alternative et a ouvert par ce simple geste de nouveaux horizons sur la théorie dont il s'est fait bénévolement le défenseur. Ses raisons sont-elles bien

d'accord avec les données de la thèse : nécessité d'une fusion des deux *personnalités*, d'une *coordination* ? N'importe, « une coordination *nouvelle* s'opère, et c'est cette intégration qui crée la personne humaine... Cette coordination des deux cerveaux, siège des deux personnalités... où s'effectue-t-elle? » (p. XI). On le prévoit « sans vouloir être trop affirmatif » : c'est dans le corps calleux. Les tumeurs de cet organe « entraînent une altération plus ou moins profonde du caractère, une véritable incoordination morale » (p. XII). Mais de pareils troubles sont-ils spéciaux à de telles tumeurs ? Ne s'expliquent-ils pas par le défaut de synergie physiologique et psychologique des centres corticaux dont les fibres calleuses ont été atteintes? D'ailleurs, l'altération du caractère, l'incoordination morale ne sont pas équivalentes à la pure volition libre dont l'Auteur du livre fait la caractéristique suprême du moi fonctionnant et qui persiste intacte dans les cas envisagés.

D'autre part, « le corps calleux est d'autant plus développé dans l'échelle des Vertébrés que l'individualité psychique se précise davantage » (p. XII). Cela peut être admis ; mais en même temps qu'il acquiert un développement proportionnel à celui du manteau cérébral, les autres commissures et voies transmédianes d'association perdent leur considérable importance primitive : commissures du télencéphale, du diencéphale et surtout des cerveaux moyen et postérieur, qui, de concert avec le corps strié, assuraient seules primitivement la synergie et l'association des centres des deux côtés : le corps calleux n'est donc qu'une annexe, un dérivé de l'écorce cérébrale ; il n'apporte pas à son fonctionnement d'élément particulier. Loin de représenter un centre surajouté aux deux moitiés du cerveau, il souligne par son évolution phylogénique la profonde unité fonctionnelle de celles-ci.

Comment, en effet, pourrait s'y effectuer la moindre action réciproque des influx auxquels il donne passage, « l'intégration des sensations conscientes provenant des deux moitiés du corps » (p. XII) ? Pour constituer un centre, il faut qu'il y ait rapports *directs* d'éléments conducteurs, rapports, par continuité ou contiguïté, d'axiterminales *amyéliniques* avec les ramifications dendritiques ou le cytosome, voire même avec les axiterminales de cellules autres que celles dont proviennent les fibres afférentes. Cela ne veut pas dire, ainsi qu'on l'a soutenu lors de la première vulgarisation des résultats de la méthode de Golgi, qu'un centre simple soit constitué par le contact d'une fibre cellulifuge avec une

fibre cellulipète appartenant à un autre élément, et que la transformation de l'influx sensitif en influx moteur se fasse à ce niveau. Considérons, en effet, les centres corticaux, le modèle de ceux qui devraient, d'après la théorie, exister dans le corps calleux : il y a toujours convergence d'éléments venus de centres distincts et eux-mêmes en rapport avec d'autres centres encore plus étrangers les uns aux autres : les ébranlements apportés, par exemple par les fibres thalamo-corticales, avant de diffuser dans la zone des pyramidales moyennes, ont déjà impressionné directement ou par les cellules à court taxone, dans les couches plus profondes, une infinité de cellules, elles-mêmes en rapport direct ou indirect par les fibres corticipètes d'association et aussi grâce aux longues fibres de la couche zonale, avec des territoires corticaux qui entretiennent des relations analogues avec des domaines périphériques essentiellement distincts. On sait comment, grâce aux successives associations formées, peuvent prendre naissance, soit un mouvement, soit un état de conscience, soit les deux à la fois, et comment, grâce au jeu des résidus des cellules intéressées, sont évoqués les souvenirs rudimentaires qui président à la reconnaissance de la sensation, à la perception et à toute la série d'actes psychiques dont elle peut être le point de départ. Or, existe-il dans le corps calleux, non pas des centres comparables à ceux du cortex lesquels, même, leur seraient subordonnés, mais des centres rudimentaires? Il est inutile de détailler aux lecteurs de ce journal les classiques recherches de Cajal, dont les premières sont antérieures à 1891 et ont été depuis tant de fois confirmées, recherches dont il découle avec la dernière évidence qu'il n'y a pas dans le corps calleux, pas plus que dans le centre ovale ou dans toute autre masse blanche, de terminaisons nerveuses : dans l'état actuel de la neurhistogenèse, on ne pourrait même pas se représenter l'existence de pareils éléments dans les territoires exclusivement réservés chez l'adulte aux fibres myéliniques. Quel peut donc être le sens caché du mot « intégration » ?

Attributs du moi. Passant sur la *Raison* supérieure, arrêtons-nous à l'attribut suprême, au grand cheval de bataille du duplicisme, à la *liberté*, « *mystère* » vainement abordé jusqu'ici, « aussi inexplicable que certain » (p. 88), « antinomie extravagante » (p. 84), à laquelle « la théorie de l'homme double apporte une solution ». Or, chose curieuse, l'Auteur a la prétention de connaître « l'argument déterministe » (p. 85 à 88) : il l'expose tant bien que mal, et pourtant il néglige ce qui devenait alors le premier de ses devoirs, puisqu'il croit à la liberté : la réfutation de cet argument. Bien plus, il prétend lui faire

dans sa théorie toute la place qu'il mérite à côté de la liberté.

Il en est du libre arbitre comme du hasard : celui-ci nous sert à sous-entendre notre ignorance des causes des évènements extérieurs, et la liberté, notre ignorance des causes de nos volitions, ou, plus généralement, des modifications successives de notre conscience, c'est-à-dire du monde intérieur. Quand on considère le monde extérieur, soit dans l'avenir, soit dans le passé, en être actif ou en historien, on est tenu de faire sa part au hasard. Quand on considère le monde intérieur, en moraliste, en sociologue ou en historien, on ne peut pas ne pas tenir compte de la liberté. En effet, à côté des *motifs*, à côté du caractère et même de l'état d'esprit présidant à la volition, qui, à la rigueur, peuvent être connus du sujet et même d'autrui, il existe un grand nombre de causes que leur nature commune soustrait à la connaissance. Envisageons les volitions complexes : les composants cœnesthésiques et affectifs de l'état de conscience, au moment de la délibération, participent tout comme les éléments de pure connaissance à l'évocation des états de conscience antérieurs qui ont contenu les divers motifs. Ceux-ci, d'autre part, se répartissent presque toujours et naturellement entre des états de conscience de teinte affective opposée.

De ces derniers, évoqués pour la délibération, les uns vont donc avoir le même signe affectif que l'état évocateur, les autres un signe contraire : ces derniers apparaissent dépourvus de ce qui entraîne ou cause le désir, comme de pures abstractions : de plus, en perdant leur ton affectif, ils ont perdu une partie de la force associative et ne sont plus capables, comme leurs adversaires, de créer des associations nouvelles. Mais, en même temps, leurs éléments intellectuels ont été dégagés : l'esprit les en connaît d'autant plus clairement, et lorsque, l'acte accompli, le sujet considère le motif qu'il n'a pas suivi, il a d'autant mieux l'illusion d'avoir agi librement que ce motif lui était apparu plus clairement.

De ces volitions avec profond sentiment de liberté et dans lesquelles les idées les plus abstraites paraissent souvent intervenir seules, on passe par une série d'intermédiaires, sur lesquels il est inutile de s'arrêter, aux décisions que l'on croit abandonner à l'empire des circonstances extérieures, aux résultats desquelles on croit être indifférent, et dans lesquelles les circonstances internes jouent pourtant le plus grand rôle.

Pour les volitions très simples, dans lesquelles l'impulsion, guidée et servie par l'expérience, est rapidement suivie d'effet, la question du libre arbitre ne se présente pas au sujet, à moins d'un retour en arrière : le sentiment naîtra alors si les conditions de cons-

cience de l'accomplissement de l'acte, en particulier le ton cœnesthésique, se sont déjà modifiées jusqu'à un certain point ; dans le cas contraire le sujet verra dans l'acte le résultat d'une habitude.

Enfin, les auteurs pour qui le sentiment du libre arbitre est l'expression de la réalité n'envisagent le plus souvent pas la multiplicité et la futilité apparente des causes extérieures agissant au dernier moment. Un exemple souvent donné d'acte parfaitement indifférent : fléchir le doigt ou ne pas le fléchir ; le motif déterminant paraît être dans plus d'un cas la prédominance de l'image d'un des mots de la phrase qui exprime, mentalement ou oralement, l'alternative.

Il est enfin à remarquer que, dans les délibérations longues et pénibles, la décision est presque toujours précédée d'un moment d'oubli, ordinairement très court, des motifs ruminés. Cet oubli est quelquefois causé, ou rempli, par une sensation intercurrente ou tout autre état de conscience complètement étranger à l'objet de la délibération et précédant immédiatement l'acte ou la décision. Ce cas met en évidence l'influence prépondérante des causes — je ne dis pas des *motifs*, ce mot ne comprend pas tout — inconnaissables dans la détermination.

Après avoir constaté que le sentiment de liberté est « universellement ressenti », que, par conséquent, il n'y a pas à le prouver (p. 84) ; que, d'autre part, la liberté serait, si elle existait, en désaccord avec le déterminisme, briserait la continuité des effets, continuité qui est la base de toute science, qu'aurait dû faire l'Auteur ? Interpréter ce sentiment, chercher s'il n'a pas, lui aussi, sa cause dans la nature même de l'esprit. Mais, sans remarquer qu'il confond l'idée et la chose, il constate qu'il n'a pas à « prouver la liberté », oubliant en cela les objections déterministes auxquelles il a lui-même fait allusion, et annonce pompeusement qu'il a enfin trouvé « une *explication* très simple de ce fait universel de liberté (*sic*) », et qu'il va consacrer « en le fondant sur la liberté, tout un édifice immense de morale, de droit et de politique » (p. 84). Cette « explication » est d'ailleurs telle qu'on devait s'y attendre.

Elle repose sur les deux dualismes :

1° Sur le dualisme longitudinal, la dualité des coêtres, qui, ayant chacun sa « mentalité propre, peuvent être simultanément affectés de façon différente par des motifs différents » (p. 88).

2° Sur le dualisme tranversal, ici non moins absolu que le précédent, et qui soustrait la raison supérieure aux influences irrésistibles auxquelles sont soumis les coêtres : « Là où chaque individu eût été impuissant à résister à l'impulsion.... elle a pris son temps... réservé l'occasion de l'option...Elle pèse les motifs propres à chaque individu... laisse des motifs divers surgir de droite et de gauche » (p. 89) et enfin choisit, et choisit librement.

Envisageons séparément la part de chaque dualisme. Nous verrons ensuite si l'Auteur a su concilier d'une façon logique et acceptable avec « la somme de fatalité... qui nous rattache à l'animalité inférieure » (p. 114) et qui représente la place de « l'argument déterministe » dans la théorie, la « somme de liberté » supposée démontrée qui est, elle aussi, « le fruit de la coopération de deux animaux conjugués ».

Le *dualisme longitudinal*, la dualité des coêtres,est complètement inutile au raisonnement, nouvel exemple du désarroi, de la faiblesse de la notion fondamentale de la thèse ; cette donnée gêne l'Auteur toutes les fois qu'elle intervient, ainsi qu'on l'a vu pour la tentative de retour à l'unité de la conscience, pour la description et l'interprétation des actes où la dualité intervient de concert avec « l'Etre complet ». C'était en effet la partie délicate, sur laquelle un psychologue, quelles que fussent ses tendances, aurait porté toute son attention, de manière à en embrasser toutes les conséquences possibles avant de passer à toute autre chose.

Quelle est, en effet, la seule idée apportée par la dualité des coêtres dans l' « explication » du libre arbitre, idée du reste inadmissible, comme toutes celles qui sont propres à la théorie ? C'est la *simultanéité* des états affectifs (conscients !) différents créés par des causes différentes. Cette simultanéité est inutile. De plus, le moi doit nécessairement connaître et connaît en fait ces états affectifs divers, ce qu'il ne peut faire qu'en les partageant, c'est-à-dire en les éprouvant ; et il ne peut les éprouver que successivement. Si maintenant, au lieu des états affectifs, on envisage spécialement les motifs, dégagés, l'un tout au moins, de toute teinte affective, et plus ou moins schématisés, il n'est pas besoin du duplicisme pour expli-

quer ou faire admettre leur présence simultanée dans la conscience qui va choisir ou concilier.

La contribution du *dualisme transversal* présente un tout autre défaut d'ensemble : c'est la réédition avec modifications regrettables, d'arguments auxquels réponse a été faite depuis longtemps : la liberté existe parce que la raison qui choisit est une faculté vraie, radicalement distincte des autres facultés de l'entendement, de celles, au moins, qui président à la connaissance élémentaire, et de celles d'ordre affectif, émotions et passions: « la barrière opposée aux motifs déterminants », c'est « le Moi-Un, à qui la puissance de la Raison donne la maîtrise des deux coêtres.... Par-dessus les ardents appétits des coêtres, le Moi peut dégager la notion conforme aux lois de l'Etre... et en imposer le respect aux coêtres domptés » (p. 110). Mais, comme « l'étagement des facultés psychiques » (p. 58), est-ce là une conception neuve ? et, par ces affirmations inélégantes, le duplicisme ajoute-t-il la moindre notion utile à la manière de voir commune à tous les systèmes spiritualistes ?

L'argumentation classique concernant les motifs est trop connue pour que l'Auteur n'ait pas songé à la mesurer à sa thèse : mais sa bonne foi fut mal récompensée. Les motifs, se demande-t-il (p. 107-108), fournis par les coêtres, ou tirés par la Raison elle-même du « dossier de la Mémoire ou de l'étude des conditions du milieu.... ne sont-ce point des forces qui ont agi sur la Raison ?» Et la raison n'aura-t-elle pas, en fin de compte, suivi le motif le plus fort, non pas toujours celui qui apparaissait tel au début de la délibération, mais celui que des associations et un mécanisme inconscient auront rendu tel au cours de la délibération ? Mais l'Auteur substitue à la simple volition, la « faculté de conciliation » : le rôle de la Raison n'est pas « de faire prévaloir sa volonté à travers les divers ordres.... La faculté de concilier les divers motifs et de se déterminer suivant la formule de cette conciliation, c'est bien ce que nous appelons la liberté de l'homme ; et cette liberté nous suffit parce que nous n'en saurions concevoir une autre », p. 108.

Il est facile de voir que l'introduction de l'idée de conciliation n'enlève rien à la force de l'argument dirigé contre

la liberté : aux motifs simples primitifs, elle substitue simplement d'autres solutions à envisager, que l'esprit devra toujours examiner deux par deux, ou plutôt en deux groupes opposés, groupes à l'un desquels le mécanisme exposé plus haut donnera plus ou moins rapidement la prépondérance effective.

D'un autre côté, pour faire une part au rôle des motifs, l'auteur les oppose arbitrairement au « caprice » : « Une liberté agissant sans *motifs* agirait sans *raison*. Elle ne serait donc pas une liberté, car nous ne concevons la liberté que comme raisonnable » (p. 109). « Motif » est pris ici dans le sens particulier de motifs connus comme tels par l'esprit et connus clairement, qu'ils soient bons ou mauvais. Mais toute philosophie doit envisager aussi les motifs inconscients ou connus confusément qui se retrouvent à la base de toute volition, raisonnable ou insensée. Or. toute volition peut être accompagnée, et l'est, en effet, le plus souvent, du sentiment de libre arbitre, sentiment qui, pour l'Auteur, est la liberté même. Pourquoi alors la restreindre aux seuls actes raisonnables ? C'est que, nous l'avons vu, la solution tant attendue apportée par le duplicisme au problème du libre arbitre se réduit à la simple affirmation de l'existence d'une raison inaccessible aux motifs et libre puisque la conscience le dit ! « C'est le Moi qui évoque les motifs, apprécie leur validité... la sanctionne. Comment ne pas reconnaître la...part qu'a le Moi raisonnable à la conduite du Moi, et... en présence de ce pouvoir de ma Raison..., comment ne pas reconnaître une manifestation de ma liberté ? » (p. 110). C'était là une bonne occasion de faire intervenir « cette étincelle d'âme universelle » (p. 90) avec laquelle la théorie dupliste se flatte d'être conciliable.

La liberté « expliquée » et accordée par l'Auteur est une « faculté » en contradiction absolue avec la part qu'il prétend faire à « l'argument déterministe » : cela découle encore du caractère qu'il attribue à cette liberté : la limitation : « la conscience est le débat incessant entre les deux coêtres. La liberté se mouvra dans toute la distance qui séparera les deux impulsions individuelles » (p. 150). Ce passage semble indiquer une confusion, dont nous aurons bientôt la démonstration, entre la conscience propre-

ment dite et la conscience morale. « La conscience ainsi comprise, c'est-à-dire libre dans certaines limites...... » (p. 152). Or, l'Auteur l'a dit et montré plusieurs fois, pour lui, liberté et sentiment de la liberté ne sont qu'une seule et même chose : Ce sentiment est-il limité ? N'est-il pas absolu, et pourrait-il exister s'il était limité ? Du moment que, par une nouvelle inconséquence, l'Auteur identifiait l'idée et la chose, il devait prendre l'idée telle qu'elle est fournie par l'observation interne ; il devait, du moins, ne pas se contenter de ridiculiser tour à tour « la race des gens qui se battent à coups de syllogismes » (p. 83), et les « psychophysiologistes » (p. 148 et 149), mais leur démontrer que le sentiment de liberté n'est pas tel qu'on l'avait cru jusqu'à lui. Je parle, bien entendu, du sentiment spontané, seul envisagé, naturellement dans les discussions sur le libre arbitre, et par l'Auteur lui-même quand il rappelle qu' « il est universellement ressenti », sentiment toujours éveillé, même chez l'homme cultivé capable d'envisager le rôle des « motifs » internes.

La « part de fatalité » n'est guère mieux traitée que la part de liberté : cependant, ce fait si simple de la suprématie habituelle ou temporaire des impulsions irraisonnées, des désirs et des passions, sur la raison, le duplicisme la complique d'une difficulté : la parfaite indépendance de la raison, indépendance sans laquelle la liberté n'existerait pas. L'Auteur dit bien que, faute d'énergie ou de documentation, la raison « peut être débordée et vaincue » (p. 107) : mais cette affirmation est inconciliable avec le reste de la thèse : énergique ou faible — qu'entendre d'ailleurs par une raison énergique ? — la raison est indépendante ; les « ardents appétits des coëtres » n'ont pas prise sur elle : rien ne l'empêche donc de prendre son temps et de s'éclairer ; bien plus, rien ne la force à se décider et à ne pas opposer une simple et insurmontable inertie aux impulsions des coëtres. Je sais bien que dans nombre d'états pathologiques, « l'Etre complet », la « Raison », disparait ou du moins est subordonnée à un coëtre ou aux deux. Mais ces états dont il fit sa seule preuve directe le duplicisme a-t-il seulement songé à en refaire la pathogénie d'après ses propres données !

Après l'étude théorique des coëtres et du Moi, l'Auteur

annonce la description de leur évolution, « l'histoire du développement psychique des coêtres et de la formation de la conscience » (chap. V, p. 114 à 141) : il n'est plus question, dans ce titre, de la biindividualité originelle et, pas plus par le titre que par le contenu du chapitre, on ne peut savoir à qui appartient la « conscience » à chaque étape considérée. L'Auteur reconnaît deux périodes : l'une où la vie psychique est tout entière l'œuvre des coêtres l'autre où « c'est la personne humaine qui délibère, comprend et veut ». (p. 114). Les points délicats, la question de la dualite de la conscience dans la première période puis dans la seconde, la question de la coopération (superposition partielle !) des trois consciences sont considérés comme suffisamment éclaircis par les chapitres précédents ; par contre, nous trouvons une longue description de l'évolution psychique, de la naissance à l'état adulte, où l'Auteur mêle à des conseils aux jeunes mères (p. 122, 123 et 125) et aux instituteurs (p. 128), de fines observations de naturaliste : « L'enfant se saisit les mains, se prend le menton ou l'oreille, monte ses petites mains à hauteur de ses yeux ». (p. 122) et de psychologue : « Du dix-huitième mois à trois ans, l'enfant demandait : comment se nomment les choses ; de trois à six, comment elles sont. Maintenant, il va demander pourquoi elles sont ainsi. La notion de cause à effet (*sic*) va lui paraître d'un intérêt croissant » (p. 126).

On voit que cette « histoire » est d'une banalité extrême, d'autant plus étonnante que rien n'aurait été plus nouveau que la mise en évidence de la bi-individualité dans l'évolution psychique individuelle : l'Auteur dit pourtant en parlant du développement de l'enfant de six à neuf ans : « Nous n'avons à constater que le développement graduel et simultané de l'un et l'autre coêtres » (p. 127). Non seulement nous ne trouvons que des considérations dans le genre de celle-ci : « Poussé par ses instincts ou par les notions de crainte ou d'espérance, d'obéissance ou de respect humain qu'on lui a suggérées, l'enfant est resté purement déterminé » (p. 127) mais encore si nous avions adopté les idées de l'Auteur sur « l'Etre complet » et ses rapports avec « le groupe des coêtres », nous nous verrions obligés de les modifier profondément.

La « personne complète » n'est plus cet être fait uniquement de raison et de volonté, qui n'a qu'à choisir parmi les motifs offerts et à provoquer des enquêtes sur la constitution du milieu : ce n'est plus cette formation tardive en ce sens qu'elle n'acquiert sa puissance et sa complexité particulière qu'après une longue collaboration au cours de laquelle se seront « exaltées » les facultés des coêtres. L'auteur en prend à son aise avec ses anciennes assertions et s'écarte de plus en plus de la déduction scientifique pour tomber dans le développement purement littéraire: Vers l'âge de neuf ans « une force intérieure naît qui va.... soumettre à une sorte de contrôle sensations, idées, notions et volitions » (p. 130). Cette force, c'est « la Personne complète » (p. 136), maintenant pourvue d' « appétits et d'instincts », capable d'acquérir, on ne sait par quelle voie, des notions nouvelles pour les coêtres et que ceux-ci « s'incorporeront comme acquises ». Ses attributs et ceux des coêtres ne sont plus complémentaires ; ce n'est plus la simple expression, la résultante du « concours » des coêtres : elle se développe parallèlement à eux, et malgré eux : « La deuxième grande période peut s'appeler celle du développement parallèle et *rival* des coêtres et de la personne humaine » (p. 136). Quant au problème de l'unité de la conscience dans cette lutte continuelle où trois individus psychiques sont en présence, et de l'identité de la conscience qui en embrasse les diverses phases, il n'est pas plus abordé ici que dans les chapitres précédents. (*A suivre.*)

LÉGISLATION

Revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Unité de direction des asiles. Médecins-directeurs.

22 avril 1907.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Permettez-moi d'user de la large hospitalité de votre journal pour répondre à l'article du Dr Bourdin refusant

d'admettre que tout n'est pas médical dans un asile d'aliénés et partant qu'il n'y a pas d'inconvénients à diviser les fonctions. Pour essayer de le prouver, il nous dit qu'on « conviendra que les cultures maraîchères, les démarches auprès des fournisseurs, etc., n'ont rien à proprement parler de médical. » Eh bien ! notre collègue se trompe, et je vais essayer de le démontrer.

Prenons la culture maraîchère. Est-il donc indifférent de la faire d'une façon quelconque ! Je ne le crois pas. Il existe, en effet, un Asile, en France, administré par un Directeur et où la culture maraîchère se fait à grands renforts de purin constitué par des déjections animales et par les matières fécales des malades et du personnel de l'établissement. Si, avec ce purin, on se contentait de fumer la terre,il n'y aurait guère de mal ! mais on arrose avec, les légumes et notamment les salades et les choux, qui, en sont souvent recouverts d'une épaisse couche. J'ai vu, de mes propres yeux vu, ramasser de la salade de pissenlit pour les malades, juste dix jours après que celle-ci avait été copieusement arrosée de matières fécales à tel point que certains pieds de pissenlit en avaient une épaisseur d'un quart de centimètre. Un autre jour, on aspergeait des choux, avec un arrosoir, et voyez dans la circonstance les beautés de la division des fonctions ! Mon prédécesseur et moi-même, avons fortement récriminé contre cette façon de faire, mais comme après tout, elle procurait à l'Etablissement une augmentation de revenus, notre intervention fut plutôt jugée déplacée et intempestive. Aussi, avait-on continué ces vieux errements et le personnel et les malades étaient décimés par la fièvre typhoïde et les affections intestinales. Pas plus que nous, notre successeur n'a eu gain de cause;la dothiénentérie continue à régner en maîtresse là-bas. Ayant pris en 1906 la forme épidémique, elle a fait de nombreuses victimes. Lui aussi a protesté mais, comme nous, il s'est heurté à un parti pris évident. Cet exemple, malheureusement vécu, ne prouve-t-il pas,jusqu'à l'évidence, que la culture maraîchère peut devenir un acte essentiellement médical ?

J'en dirai autant des démarches auprès des fournisseurs. Loin de moi la pensée de vouloir démontrer que le

Directeur doit les faire toutes. A quoi servirait dès lors l'Econome ? Mais je prétends que certaines démarches s'imposent au médecin et que lui seul peut les mener à bien.

Je précise. Dans le même asile cité plus haut, il s'agit d'acheter des sondes nasopharyngiennes. L'économe s'acquitta de ce soin, mais mal. Je lui proposai de m'en occuper. J'essuyai un refus. De guerre lasse, je laissai faire et seulement au bout d'un mois et demi environ, je pus avoir ce que je désirais. Pendant ce temps, je ne pouvais utilement et facilement sonder mes malades. Dans un asile dirigé par un Directeur médecin, de tels faits se seraient-ils produits ? J'ai peine à le croire. Et les sommiers et les objets de literie, et beaucoup d'autres ustensiles en usage dans les asiles ? N'y a-t-il donc pas intérêt majeur à les faire acheter par les personnes telles que les médecins, seuls capables de connaître le bien des aliénés ; et un Directeur-médecin d'asile, va-t-il donc déchoir parce qu'il se sera occupé de ces multiples détails et se sera rendu chez les fournisseurs pour choisir le type, répondant le mieux aux besoins de ses malades et aux desideratas de l'hygiène ?

J'espère avoir démontré à l'aide de ces quelques exemples de la pratique journalière l'utilité qu'il y a à mettre à la tête des asiles, des médecins aliénistes et en disant « que tout est médical dans un asile » Esquirol ne faisait qu'exprimer une vérité qui selon moi est un véritable axiome. Si je me trompe, en tout cas, c'est en nombreuse compagnie, comme je vais le démontrer tout de suite.

A Toulouse, en 1897, au Congrès de Médecine mentale, dans un rapport sur l'organisation médicale des asiles d'aliénés, le Dr Doutrebente a rappelé dans une étude historique complète et documentée, l'opinion de médecins aliénistes les plus remarquables de France et de l'Etranger, sur la question de la réunion des fonctions. De ce rapport, je ne puis m'empêcher d'en donner des extraits peut-être trop oubliés aujourd'hui :

« Dans une maison d'aliénés disait Esquirol, il doit y avoir un chef et rien qu'un chef, de qui tout doit ressortir ; c'est le médecin qui dans cet établissement doit donner

l'impulsion, diriger, conseiller et surveiller malades et gens de service. »

« En 1834, Brierre de Boismont était partisan convaincu de la réunion des fonctions administratives et médicales. » « A la même date, Ferrus disait ; « L'autorité du médecin doit être sans limite, sous le rapport du traitement et de la Direction intérieure des asiles d'aliénés » ; et plus tard commentant l'ordonnance du 18 décembre 1839, qui autorisait la réunion des fonctions de médecins et de directeur, il ajoutait : « La réflexion et l'expérience ont suffisamment appris que la direction médicale des asiles d'aliénés ne ressemble en rien à celle d'un hôpital ordinaire ; un médecin d'aliénés, outre le traitement médical, doit s'occuper de tous les *détails administratifs* qui peuvent concourir à la guérison de ses malades . Il faut une Direction médicale et morale, à l'appui de la Direction administrative. »

« Unus Consensus, Consentia omnia », rappelait Girard de Cailleux, en 1843, dans un article inséré dans les *Annales médico-psychologiques* sur *l'organisation et l'administration des asiles d'aliénés*, « où l'ordre, l'harmonie, l'unité de Direction, réclament l'intervention d'un seul homme contrôlé, d'ailleurs, par une Commission de surveillance sage et éclairée. Si l'on veut marcher, disait-il, dans la voie d'une réforme radicale des asiles d'aliénés ; si l'on veut réaliser des idées du bien, inspirées par une sage et haute philanthropie, il est nécessaire, dans l'organisation et l'administration de ces hospices, d'allier les principes médicaux à une judicieuse économie, à celle qui consiste, moins dans l'épargne de l'argent que dans son meilleur emploi. Pour atteindre ce but vraiment humanitaire, il faut avoir une connaissance approfondie des aliéniés, avoir étudié leurs besoins, surpris leurs inclinations avant d'appliquer les lois de la thérapeutique à leur guérison, c'est-à-dire à la construction de leur asile, au genre de surveillance qui leur convient, à l'hygiène réclamée par leur état. »

« L'immortel Pinel, considérait un hospice d'aliénés, comme un petit gouvernement absolu avec un organisme à tendances vicieuses, réclamant une force médicatrice, constamment dirigée par l'autorité centrale.

« Girard de Cailleux démontrait « que pour construire et organiser un asile d'aliénés, choisir le terrain, le site, l'emplacement et la nature des bâtiments, leur distribution, leur séparation pour le classement des malades, l'ameublement, le régime alimentaire, et les vêtements, le *Directeur médecin était nécessaire*, *indispensable*. »

« Le Dr Moreau de Tours, publiant ses notes de voyage sur les établissements d'aliénés en Allemagne, était partisan convaincu de la réunion des fonctions de Directeur et de médecin en chef. »

« Dans un asile d'aliénés, disait Falret, j'ai *beau chercher les fonctions d'un Directeur et celles d'un médecin, je ne trouve que celles d'un médecin.* ».—Le Dr Morel, ayant remarqué les avantages obtenus par la réunion des fonctions écrivait : « Pour éviter que l'autorité tiraillée en divers sens n'ait pas l'unité d'action si nécessaire pour atteindre le bien, en Allemagne, les médecins sont en même temps les Directeurs.

« Le Dr Renaudin, qui était certainement un savant de premier ordre, a laissé aussi une grande réputation d'Administrateur. En 1845, il a fait sur l'administration des asiles d'aliénés, des remarques judicieuses consignées en deux articles, dans lesquels il dit : « La direction d'un Asile d'aliénés est devenue une science médicale, intéressante à plus d'un titre. En devenant administrateurs, nous sommes devenus si je puis m'exprimer ainsi, *plus médecins*. »

Et plus loin : « L'ordonnance du 18 décembre 1839, autorise, disait-il, une heureuse innovation dont l'Allemagne donnait depuis longtemps l'exemple : la réunion des fonctions de Directeur et de Médecin. Cette organisation, la seule normale, *quelle que soit l'étendue de l'asile*, sera un jour étendue à tous les établissements, car malgré les minutieuses précautions prévues par le règlement du service intérieur, *il y aura toujours des froissements entre le médecin et le directeur*, *préjudiciables aux intérêts du service*. Le médecin est l'âme de l'Asile ; c'est sur lui que repose la responsabilité morale et, lui seul, est compétent pour résoudre et étudier les questions les plus importantes ; *ses inspirations vivifient la règle morte des règlements*. Dans un asile d'aliénés, il faut

l'unité de Direction, l'homogénéité du personnel, la subordination hiérarchique de tous les membres qui le composent, des attributions bien définies, l'absence de toute influence occulte et extra-réglementaire. Les limites imposées à l'action du médecin ne peuvent être fixées ; l'administrateur doit s'effacer devant les préceptes d'une science qu'il ne peut contrôler ; l'organisation médico-administrative est la seule possible, mais le Directeur médecin doit consacrer toute son existence, à la mission qui lui est confiée. »

Le Dr Mundy (Moravie, réclamait pour les médecins aliénistes la Direction des asiles. »

« La *Direction* de l'asile public suivant Griesinger, doit toujours être *entre les mains d'un médecin en chef*, d'un aliéniste, vrai médecin. ». — Le Dr Dagonet parlant du Dr Renaudin dit :

« *Nous croyons comme lui qu'il faut être d'abord médecin* pour administrer convenablement un asile d'aliénés. La santé du malade, son bien être, tel est le but de l'institution ; tout doit être réglementé en vue de cet objet: le choix des moyens de traitement, leur application, l'impulsion à donner aux agents chargés d'exécuter les prescriptions, les dépenses elles-mêmes doivent avoir, dans leur majeure partie un caractère essentiellement médical. Nous ne traiterons pas ici la question de savoir, si un médecin peut administrer sans perdre ses qualités médicales et si la double fonction ne dépasse pas la mesure de ses forces. Pour nous, nous croyons que le *véritable médecin reste médecin quand même, qu'il peut sans aucune crainte prendre la responsabilité des services médicaux et administratifs si grands qu'ils puissent être,* pourvu que ceux-ci soient convenablement organisés et que lui-même trouve dans le personnel qui l'entoure un concours efficace. Loin de s'épuiser dans des luttes stériles et dans des vues divergentes, les forces du médecin-administrateur ne peuvent que s'agrandir en présence de la mission qui lui est confiée et le double service fonctionnera alors dans un parfait accord, si nécessaire à la prospérité de l'établissement. Que serait après tout l'asile où l'administration n'aurait pas ce caractère médical ? Ce ne serait plus la maison de santé! Le traitement n'y deviendrait plus qu'une chose accessoire. »

Comme cela est vrai, moi-même personnellement j'ai éprouvé les effets de cette opinion de Dagonet !

« Le Dr Henri Bonnet (1864) qui a été successivement

médecin en chef, puis Directeur médecin, se déclare partisan convaincu de la réunion des fonctions, et regarde comme une chose mauvaise, la division des pouvoirs conduisant fatalement à la lutte et aux rivalités forcées, soigneusement entretenues par les subalternes. » — « Le Dr Girolami, médecin-directeur du manicome de Pesaro en 1865, se *déclare partisan de la réunion des fonctions.* » — Le Dr Miraglia partageait les idées de son compatriote ».

« Le Dr Le Menant des Chesnais disait en parlant de la réunion des fonctions médico-administratives : « Nous croyons cette mesure bonne, parce que l'unité du service, les besoins du malade, les règles de l'hygiène et du traitement ne peuvent que gagner sous une direction médicale et consciencieuse. Pour notre compte nous ne pensons pas que l'importance de l'établissement puisse faire exception ».

« Le Dr Lunier dans un travail sur l'aliénation mentale en Suisse, prétendait que dans tous les asiles fondés depuis vingt ans, les fonctions avaient été réunies sur une seule tête, le médecin en chef, dont l'autorité était indiscutée : « partout en Suisse, disait-il, on admet sans conteste que dans une maison d'aliénés la situation de médecin en chef ne doit jamais être subordonnée et qu'il doit toujours pouvoir manier sans entraves, ce *précieux instrument de traitement*, qu'on appelle *l'Asile* et surtout le personnel de surveillance. »

« Le Dr Pétrequin de Lyon, en 1873, concluait avec Esquirol que tout est médical dans un asile d'aliénés, que la médecine doit y avoir la haute main. » — « La séparation des fonctions médicales et administratives, à *peu près impossible à circonscrire en pratique d'une manière satisfaisante*, est, à un autre point de vue, une chose regrettable, elle devient une source de conflits où le bien-être des malades disparaît devant les questions d'intérêt personnel, elle porte trop souvent enfin une atteinte sérieuse, à la dignité du médecin par suite de l'empiètement inévitable sur ses attributions et de l'effacement qui peut en résulter de son influence morale et légitime. »

« Le Dr Guiseppe-Néry, médecin-directeur de l'Asile des aliénés de Pérouse, ne cachait pas sa répugnance profonde de voir un médecin en chef à côté d'un direc-

teur il voyait là une cause permanente de conflits. »

« Le Dr Bourneville, en 1879, proposait de donner la direction des asiles au médecin en chef, en confiant le service administratif à un *agent comptable*, placé hiérarchiquement après le médecin en chef et en sous-ordre. »

« Le Dr Bourneville, reproduisant les idées de la majorité de la Commission ministérielle pour la réforme de la loi sur les aliénés en 1885 (et non les siennes propres) reconnaît la nécessité de la réunion des fonctions dans les asiles où il n'y a qu'un médecin en chef et leur séparation, quand il y aura plusieurs chefs de service. » Et le Dr Doutrebente de dire à ce propos : « ce qui serait bien nécessaire et de l'avis général pour les asiles de 500 à 600 malades, ne le serait plus au-dessus de ce chiffre! C'est parce qu'il y aurait plusieurs médecins qu'il faudrait un directeur non médecin! A l'étranger on ne s'est jamais préoccupé de semblable objection. S'il y a trop de malades pour un médecin, on augmente le nombre des médecins ; mais on ne change pas le système ; on ne modifie pas la situation du directeur médecin. Ce qui se fait en Allemagne et en Suisse, ne serait pas possible en France ! Nous ne partageons pas cette manière de voir, car si les directeurs médecins sont surchargés de travail, ils peuvent se décharger sur le secrétaire de la direction d'une foule de détails qui absorbent leur temps et leur activité et, pour le service médical, il est toujours possible de leur donner un ou deux médecins adjoints si cela est nécessaire. »

« L'Inspecteur général Constans, en 1888, a longuement traité la question de savoir s'il convenait mieux pour les asiles grands ou petits d'avoir un directeur médecin, ou les deux avec des fonctions distinctes; il se montre très sévère pour les directeurs administratifs, et « ce *rouage encombrant*, d'une utilité contestable, pour ces détenteurs d'une fonction devenue la proie des gens qui n'en avaient jamais eu ou qui n'en avaient plus, une monnaie courante des faveurs ministérielles. C'est ainsi que l'on vit sans justification d'aptitude, des journalistes, des imprimeurs, d'anciens militaires, d'anciens commerçants et autres, des politiciens besogneux, par exemple, devenir directeurs. »

« Sans incriminer personne, attaquant seulement l'ins-

titution, le Dr Constant a démontré que le directeur, soit qu'il fût inerte ou entreprenant, entravait le mouvement progressif ou faisait de fausses manœuvres, décourageait les médecins en chef qui n'avaient d'autre tort que celui de n'être que médecins.

« Tout dans un asile, disait-il, peut entre Directeur et médecin devenir un *casus belli*. En droit, le directeur et le médecin sont hiérarchiquement égaux ; en fait le Directeur a toujours le pas sur le médecin ».

Quand le rapport de M. le Dr Doutrebente, dont je viens de donner des extraits, vint en discussion, de notables aliénistes et même des congressistes non aliénistes y répondirent. Ecoutons les paroles qu'ils prononcèrent à cette occasion.

M. Brunet : « Le service médical et administratif des asiles publics d'aliénés doit être confié à un Directeur médecin, excepté dans certains grands établissements, comme ceux de la Seine où le mouvement des malades est trop considérable, où le personnel est très nombreux, trop difficile à surveiller. La réunion des fonctions médicales et administratives est le meilleur moyen d'assurer l'unité et l'harmonie dans les services, d'organiser le travail des aliénés dans des conditions convenables, d'améliorer rapidement toutes les conditions hygiéniques, d'unir le bien-être des malades à une économie bien entendue dont nous sommes bien forcés de nous préoccuper. »

« M. Rey est un partisan formel de la réunion des fonctions de médecins et de celle de directeurs. Ayant été médecin en chef, il a pu, par expérience, se faire une opinion à ce sujet. Il a la conviction profonde que la réunion des fonctions permet seule d'assurer pleinement, le bien-être matériel et moral des malades, chose toujours difficile et trop souvent impossible quand les fonctions sont divisées ».

« M. Drouineau, Inspecteur général, intervenant dans la discussion, déclare tout d'abord qu'il n'entend pas donner l'opinion de l'administration supérieure, ne la connaissant pas, mais qu'il peut donner la sienne et celle de l'Inspection générale. Lui aussi, il est partisan de la réunion des fonctions, de celles du directeur et de celles du

médecin, ayant eu maintes fois à constater les inconvénients graves que créent les conflits qui surgissent là où la division des fonctions existe. Ce sont les aliénés qui finalement ont le plus à souffrir de ces conflits. Au contraire, là où le service médical et la direction sont dans une même main, on a, le plus ordinairement, constaté bonne administration, bon ordre, progrès et régularité dans le soin des malades. »

« M. Cullerre se range absolument à l'opinion émise par M. Doutrebente dans son rapport en ce qui concerne les directeurs médecins. »

« M. Giraud : « Messieurs, mon collègue le Dr Rey demande que chacun de nous vienne donner son opinion. Je réponds à cet appel. Je suis partisan de la réunion des fonctions de directeur médecin en chef et de directeur, parce que à mon avis le médecin doit avoir la haute Direction dans l'Asile et l'unité des services ne peut être assuré que s'il y a un chef unique. »

« M. Briand dit que, personnellement, il n'a jamais eu de conflits avec le directeur de l'asile de Villejuif, où il est médecin en chef. Il se déclare partisan de la réunion des fonctions de celles de directeur et de celles de médecin, parce qu'il estime que les unes et les autres ont une connexité intime et que dans tout ce qu'il fait, le directeur est obligé de tenir compte de l'élément médical et qu'il se trouve toujours obligé malgré lui à faire œuvre de médecin. »

M. Rebatel : « Je viens apporter mon approbation aux conclusions de notre confrère Doutrebente, non pas comme médecin aliéniste (mon opinion aurait peu de valeur, après celles beaucoup plus autorisées qui viennent de se produire), mais comme membre du Conseil Général d'un département dans l'Asile d'aliénés duquel il y a division des fonctions. J'ai maintes fois constaté, les inconvénients de cette division au point de vue des relations qui existent entre l'Asile d'une part, le Conseil général et l'administration préfectorale de l'autre. L'unité manque souvent dans les idées directrices de l'Asile, et ce défaut ressort clairement de la comparaison des rapports annuels adressés au Conseil général par le directeur et le chef du service médical. Ces rapports, partant d'un point de vue

différent, contiennent des observations, des désidérata dissemblables pour ne pas dire contradictoires. Ils perdent forcément toute autorité. Le Conseil général ne demande pas mieux que de les opposer l'un à l'autre pour rester dans une inertie préjudiciable à l'amélioration de l'asile(1). Aussi, pour peu qu'il y ait conflit entre médecin et directeur, toute amélioration, tout progrès, toute mesure d'ordre devient impossible. Le médecin demande des réformes, que le directeur ne peut ou ne veut pas réaliser et celui-ci dit, que s'il ne fait rien de bien, la faute en est au médecin. Une situation de ce genre est des plus mauvaises. Mais l'inconvénient le plus grave est certainement l'absence d'une responsabilité unique. Toute responsabilité divisée est rendue par cela même presque illusoire. Le règlement le plus minutieux pourrait-il limiter exactement les responsabilités de la Direction et du service médical? Il ne faut pas y compter et de ce manque d'unité résulte aussi bien une inattention dans la prévision d'un accident possible, qu'une incertitude inévitable dans la répression, une fois l'accident survenu. »

Après les manifestations de ces diverses opinions, M. Doutrebente résumant les débats s'exprimait ainsi : « J'ai proposé de placer la Direction médicale et administrative entre les mains d'un seul, parce que de l'enquête à laquelle je me suis livré, tant en France qu'à l'étranger, du dépouillement des nombreuses fiches bibliographiques, que j'avais prises en parcourant les travaux de nos prédécesseurs, il résultait pour moi cette

(1) Il existe quelque part en France un asile où pour plus de 1000 malades il n'y a *qu'un médecin en chef* et 2 internes, non nommés au concours d'ailleurs, pour assurer le service médical. En vain, les médecins en chef qui s'y sont succédé, l'inspection générale et le ministère lui-même dans plusieurs lettres successives ont-ils à diverses reprises demandé la création d'un poste de médecin adjoint. Toujours le directeur administratif ou s'y est opposé ouvertement ou bien, après avoir fait prendre une délibération à la commission de surveillance en faveur de cette création a intrigué auprès du Conseil général (c'est du moins ce qui m'a été affirmé) en lui en démontrant l'inutilité. C'est dans le même asile, d'ailleurs, qu'il y a un quartier d'agités contenant 140 malades et quels malades ! ! avec seulement 4 infirmiers préposés à leur surveillance, et cela malgré les demandes réitérées et de l'inspection générale et du médecin en chef de l'asile.

conviction : que le Directeur médecin était réclamé à l'unanimité à l'exception bien entendu de MM. Chambard, et surtout Marandon de Montyel, et je suis heureux de constater qu'en leur absence regrettable de ce congrès personne n'a fait d'opposition à cette mesure. Notre excellent collègue, M. Charpentier, a bien fait quelques réserves en disant qu'un bon médecin aliéniste ne pouvait bien ne pas être un administrateur. Cela est possible, je l'accorde : mais je me permets, cependant, d'insister, en lui faisant remarquer qu'une semblable exception ne peut infirmer la règle et qu'il n'y a pas d'ailleurs en matière administrative des choses pour apprendre à un médecin qui en a vu bien d'autres. »

D'une étude approfondie à laquelle je me suis livré, il résulte qu'à l'étranger, toujours et partout les fonctions médico-administratives sont réunies. Il en est ainsi en Angleterre, en Ecosse, en Allemagne, en Suisse, en Italie, en Norvège, en Suède, en Russie, dans la République Argentine, etc. Serait-ce que, dans ces pays, la science psychiatrique, l'assistance des aliénés et l'organisation médicale des asiles sont en retard sur nous ? Mais alors, pourquoi, dans notre beau pays de France, certains médecins aliénistes s'évertuent-ils sans cesse à nous donner en exemple tout ce qui se fait à l'étranger ? Dans le numéro d'Avril des *Archives de Neurologie*, le Dr Marie ne nous fait-il pas un éloge mérité de l'Asile de Mindrisio, dans le Tessin ? Et cependant, là encore dans cet asile ultra-moderne, il y a un directeur-médecin !

La nécessité de la réunion des fonctions médicales et administratives s'est d'ailleurs imposée pour notre armée nationale. Depuis dix-huit ans, la Direction du service de santé militaire a passé des intendants aux médecins militaires, justifiant ainsi, une fois de plus, les avantages de l'unité dans la Direction du service médical. « Qu'on ne dise pas, disait un médecin militaire, qu'un médecin ne peut pas être un administrateur, un directeur d'établissement ; les loisirs que lui laissent le service clinique peuvent être fructueusement employés à faire de la bonne Direction dans l'hôpital. C'est ce « qu'apprécient actuellement tous les médecins militaires qui sont à même de faire le parallèle, entre l'ancien et le nouveau régime. »

Le Dr Marie, cité plus haut, dans un article sur la tuberculose dans les asiles, n'a-t-il pas presque condamné la Direction administrative des asiles de la Seine en écrivant textuellement ceci ,à propos de la méconnaissance des avis médicaux par les directeurs dans une question si importante : « Tout cela montre la prépondérance nécessaire des avis médicaux dans un milieu *où la direction tend à devenir purement administrative* ».(*Revue de Psychiatrie*, novembre 1905.)

Le Dr Dubief veut un directeur médecin, à la tête de tout asile. Au cours des débats de la Chambre, il en a démontré l'utilité absolue et ce n'est que contraint et après bien des hésitations et dans un but de conciliation qu'il a laissé inscrire dans la nouvelle législation, qu'exceptionnellement,le ministère aura la latitude de nommer des directeurs non médecins.

Enfin, pour terminer, une Commission composée des Drs Pitres, Régis, Bégouin, Verger, Abadie, Lalanne, et Anglade,rapporteur, tous médecins dont on ne saurait nier la compétence,nommée récemment par la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux pour examiner le projet Dubief, s'exprime ainsi dans son rapport au paragraphe 8, concernant le service médical : « Un asile doit être dirigé par un médecin aliéniste. C'est un principe peu contestable et d'ailleurs peu contesté. Le plus administratif des actes qui s'accomplissent dans un asile a un caractère médical et la loi établit une règle qui ne devrait souffrir que bien peu d'exceptions ».

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef et très honoré Maître, l'assurance de ma parfaite considération et de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Dubourdieu.

Les *Archives de Neurologie* laissent toute liberté à leurs collaborateurs pour exprimer leur opinion. M. le Dr **Bourdin a fait ses réserves** au sujet de la réunion des fonctions de directeur et de médecin Nous ne partageons pas son avis, ainsi que nous n'avons cessé de le proclamer. Nous nous proposions de relever ce passage du travail critique très intéressant de M. le Dr Bourdin

lorsque nous avons reçu la lettre de M. le Dr Dubourdieu, qui fournit toutes les raisons qui militent en faveur de la réunion des fonctions de médecin et de directeur. C'est ce qui existe dans la plupart des pays sinon tous : l'usine aux ingénieurs, le comptoir aux commerçants, l'hôpital (et l'asile qui doit être un hôpital) aux médecins. Bourneville.

Proposition de loi sur les aliénés.

(*Suite et fin.*) — Voir p. 254 et p. 334.

Section II. — *Des placements ordonnés par l'autorité publique ou placements d'office.*

Art. 26. — Le préfet de police dans son ressort, et, dans les départements, les préfets, ordonnent d'office le placement dans un établissement d'aliénés de toute personne dont le maintien en liberté compromettrait, en raison de son état d'aliénation, dûment constaté par un certificat médical dressé conformément aux prescriptions de l'article 13, la sécurité, la décence ou la tranquillité publiques, sa propre sûreté ou sa guérison. Les ordres des préfets sont motivés et doivent énoncer les circonstances qui les ont rendus nécessaires. Ces ordres, ainsi que ceux qui sont donnés conformément aux articles 27, 29 et 30 sont mentionnés sur le registre prescrit par l'article 20 ci-dessus, dont toutes les dispositions sont applicables aux individus placés d'office. Les arrêtés des préfets qui n'ont pas reçu leur exécution dans un délai de quinze jours cessent d'être exécutoires.

Art. 27. — En cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les commissaires de polices dans le ressort de la Préfecture de police, et les maires, dans les autres communes, ordonnent à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale toutes les mesures provisoires nécessaires, à la condition d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet, qui statue sans délai, conformément aux prescriptions de l'article précédent.

Art. 28. — Dans un aucun cas, les aliénés dirigés sur un asile ne peuvent être ni conduits avec des condamnés ou des prévenus, ni déposés dans une prison. Lorsque, pendant le voyage de transport, un arrêt est indispensable, le malade est déposé dans un hospice ou hôpital civil, ou, à défaut, dans un local loué à cet effet. Dans tout chef-lieu judiciaire où il n'existe pas d'établissement public d'aliénés, l'hospice ou l'hôpital civil qui doit recevoir pro-

visoirement les personnes qui lui sont adressées en vertu des articles 26 et 27 est tenu d'établir et d'approprier un local d'observation et de dépôt destiné à recevoir provisoirement les aliénés non encore internés, avant ou pendant leur voyage et transport à l'asile. L'organisation et le fonctionnement de ces quartiers ou locaux sont à la charge du département et confiés au préfet.

Art. 29. — Les aliénés ne doivent pas être retenus en observation dans les hôpitaux et hospices civils ordinaires que le temps nécessaire pour pourvoir à leur transfèrement dans l'asile. Ces personnes doivent être renvoyées directement et immédiatement dans l'asile qui reçoit les aliénés du département. L'asile est assimilé dans toute la mesure possible à l'hôpital.

Art. 30. — Les admissions prononcées en vertu des articles précédents sont soumises aux dispositions des articles 17 et 18 de la présence loi.

Art. 31. — Le chef responsable de l'établissement est tenu d'adresser au préfet, dans le premier mois de chaque semestre, un rapport rédigé par le médecin de l'établissement sur chaque personne qui y est retenue, sur la nature de sa maladie et les résultats du traitement. Le préfet prononce sur chacune individuellement, ordonne sa maintenue ou sa sortie.

Art. 32. — A l'égard des personnes dont le placement a été effectué volontairement ou sur la demande des particuliers, et dans le cas où leur état mental pourrait compromettre la sécurité, la décence ou la tranquillité publiques, leur propre sûreté ou leur guérison, le préfet peut dans les formes tracées par l'article 26 et sur l'avis du médecin de l'établissement, décerner un ordre spécial à l'effet d'empêcher qu'elles ne sortent de l'établissement sans son autorisation, si ce n'est pour être placées dans un autre établissement. Le maintien ainsi prononcé est soumis aux dispositions des articles 17 et 18 de la présente loi.

Art. 33. — Les ordres donnés en vertu des articles, 26, 27 et 32 sont notifiés administrativement, dans un délai de trois jours, au maire du domicile des personnes soumises au placement, qui en donne immédiatement avis aux familles.

Art. 34. — Aussitôt que le médecin a déclaré, sur le registre tenu en exécution de l'article 20, que la sortie peut être ordonnée, conformément à l'article 21, les chefs responsables des établissements sont tenus, sous peine d'être poursuivis conformément à l'article 63, d'en référer au préfet qui statue dans les cinq jours, après avoir pris l'avis du curateur à la personne. Si le préfet n'a pas, dans ce délai, ordonné la sortie, le chef responsable de l'établissement est tenu, sous les mêmes peines, d'envoyer copie de la déclaration du médecin au procureur de la République, lequel adres-

se ses réquisitions écrites au président du tribunal. Celui-ci statue conformément à l'article 18.

SECTION III. — *Des condamnés reconnus aliénés et des aliénés dits criminels.*

ART. 35. — Les individus de l'un ou de l'autre sexe, condamnés à des peines afflictives et infamantes ou à des peines correctionnelles de plus d'un an et un jour d'emprisonnement, qui sont reconnus épileptiques ou aliénés pendant qu'ils subissent leur peine, et dont l'état d'épilepsie ou d'aliénation a été constaté par un certificat du médecin de l'établissement pénitentiaire, sont, après avis du médecin désigné par le préfet, retenus jusqu'à leur guérison ou jusqu'à l'expiration de leur peine dans les asiles ou quartiers de sûreté. Les autres condamnés épileptiques ou aliénés sont dirigés sur l'asile départemental, en vertu d'une décision du ministre de l'Intérieur. Chaque année, le ministre de l'Intérieur prescrit une inspection dans les prisons civiles et militaires aux fins d'examen des détenus qui pourraient se trouver dans les conditions prévues au présent article.

ART. 36. — Tout inculpé, prévenu ou accusé qui, à raison de son état d'aliénation mentale au moment de l'action, a été, à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité, l'objet soit d'une ordonnance ou d'un arrêt de non-lieu, soit d'un jugement ou arrêt d'acquittement rendu par la juridiction correctionnelle, soit d'un acquittement en Conseil de guerre ou en Cour d'assises, est renvoyé devant le tribunal siégeant dans le même arrondissement que la juridiction de répression. Ce tribunal, en chambre du conseil, le procureur de la République entendu, ordonnera son internement soit dans un établissement d'aliénés, soit dans un asile ou quartier de sûreté, si son état est de nature à compromettre la sécurité, la décence ou la tranquillité publiques, sa propre sûreté ou sa guérison. La décision, par laquelle le prévenu ou l'accusé déclaré irresponsable est renvoyé devant le tribunal, interdit sa mise en liberté et ordonne qu'il sera retenu jusqu'à la décision du tribunal, soit dans un établissement public d'aliénés, soit dans un établissement privé faisant fonction d'établissement public, soit dans le local d'observation et de dépôt provisoire établi à l'hôpital ou à l'hospice, conformément à l'article 28. Le tribunal est saisi par l'ordonnance, le jugement ou l'arrêt qui prononce le non-lieu ou l'acquittement, ou par un arrêt de la Cour d'assisses, rendu en conformité du verdict déclarant l'irresponsabilité. Il est tenu, avant de statuer, d'ordonner une nouvelle expertise qui doit être contradictoire.

ART. 37. — En toute matière criminelle, le président, après avoir posé les questions résultant de l'acte d'accusation et des débats, avertit le jury, à peine de nullité, que s'il pense, à la majorité, que

l'accusé ou l'un des accusés est irresponsable il doit en faire la déclaration en ces termes : « A la majorité, l'accusé, à raison de son état d'aliénation mentale au moment de l'action, est irresponsable. »

Art. 38. — L'Etat fera construire ou approprier un ou plusieurs asiles ou quartiers de sûreté pour les aliénés de l'un et de l'autre sexe, qui doivent y être conduits et retenus, par les soins du ministre de l'Intérieur, en vertu de la présente loi.

Art. 39. — Pourront également être conduits et retenus dans les asiles ci-dessus spécifiés : 1° Les aliénés qui, placés dans un asile y auront commis un acte qualifié crime ou délit contre les personnes ; 2° Les condamnés reconnus aliénés dont il a été parlé à l'article 36, lorsqu'à l'expiration de leur peine le ministre de l'Intérieur aura reconnu dangereux, soit de les remettre en liberté, soit de les transférer dans l'asile de leur département.

Les aliénés dont il est question dans les deux paragraphes précédents seront immédiatement renvoyés devant le tribunal de l'arrondissement du lieu où est situé l'asile, qui statuera en chambre du conseil, dans les formes prévues à l'article 36, sur leur maintien dans l'asile ou le quartier de sûreté. Tout aliéné traité dans l'asile ou les asiles spéciaux créés en vertu du présent article peut être transféré dans l'asile de son département en vertu d'une décision du ministre de l'Intérieur, rendue sur la proposition motivée du médecin traitant.

Art. 40. — Lorsque la sortie d'un des aliénés internés en vertu des articles 35, 36, 39 est demandée, le médecin traitant doit déclarer si l'intéressé est ou non guéri, et, en cas de guérison, s'il est ou non suspect d'une rechute de nature à compromettre la sécurité la décence ou la tranquillité publiques et sa propre sûreté. La demande et la déclaration susdites sont déférées de droit au tribunal, qui statue en chambre du conseil dans les formes prescrites par l'article 36. Si la sortie n'est pas accordée, la chambre du conseil peut décider qu'il ne sera procédé à l'examen de toute nouvelle demande qu'à l'expiration d'un délai qui ne peut se profonger au delà de six mois. La sortie accordée est révocable et ne peut être que conditionnelle. Elle est alors soumise à des mesures de surveillance réglées par la chambre du conseil d'après les circonstances de chaque cas particulier. Si ces conditions ne sont pas remplies, ou s'il se produit des menaces de rechute, la réintégration immédiate à l'asile doit être effectuée, conformément aux dispositions prescrites par les articles 14, 27 et 36 de la présente loi.

Section iv. — *Sorties définitives ; sorties provisoires ; évasions.*

Art. 41. — Toute personne retenue dans un établissement d'aliénés peut, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le

tribunal du lieu où est situé l'établissement, qui, après les vérifications nécessaires, ordonne, s'il y alieu, la sortie immédiate. Il suffit, à cet effet, que le réclamant adresse une demande sur papier non timbré au procureur de la République, qui doit, sans retard, en saisir la chambre du conseil. Les personnes qui ont demandé le placement, le tuteur, le curateur l'administrateur judiciaire ou datif et le procureur de la République, d'office, ou toute autre personne, peuvent se pourvoir aux mêmes fins. Dans tous les cas ,communication de la demande est faite par le procureur de la République à la personne qui a fait le placement, au curateur, à l'administrateur judiciaire ou datif et au tuteur, s'il s'agit d'un interdit. La décision est rendue sans délai en chambre du conseil. Cette décision, ainsi que celles prévues dans les articles 18 et 27 de la présente loi, peuvent être rendues sans le ministère d'avoué seront exécutoires sur minute ; les notifications à faire au préfet et au chef responsable de l'établissement ont lieu en la forme administrative. Les frais de procédure faits à la requête du ministère public sont avancés conformément aux dispositions de l'article 61. Les actes judiciaires ou extrajudiciaires exclusivement relatifs à l'exécution du présent article et des articles 18 et 27 ci-dessus sont visés pour timbre et enregistrées en débet. Aucunes requêtes, aucunes réclamations adressées, soit à l'autorité judiciaire, soit àl'autorité administrative, soit au curateur, soit à l'administrateur provisoire, ne peuvent être supprimées ou retenues par les chefs d'établissements, sous les peines portées au titre IV ci-après.

Art. 42. — Les médecins des établissements autres que ceux mentionnés aux articles 35 et 38 peuvent autoriser la sortie, à titre d'essai, des malades pour une durée indéterminée. Si cette durée excède un mois, l'autorisation doit être approuvée par le préfet. Mention de ces mesures est faite sur le registre prescrit par l'article 20, et notification en est adressée au préfet, au procureur de la République, au maire de la commune et au curateur à la personne. Ce dernier, en cas de rechute du malade pendant son congé, doit veiller à sa prompte réintégration dans l'asile. A l'expiration du congé il fait les diligences nécessaires, soit pour la réintégration dans l'asile, soit pour la prolongation du congé, soit pour la régularisation de la sortie définitive. Une subvention qui n'excédera pas le prix de journée payé à l'asile pourra être accordée, sur le budget de l'établissement, à tout malade, pendant la sortie provisoire.

Art. 43. — Lorsqu'un aliéné s'est évadé d'un asile public ou privé, sa réintégration peut s'accomplir sans formalité, si elle a lieu dans un délai de quinze jours. Passé ce délai, il ne peut être réadmis dans un asile qu'à la condition qu'il soit procédé à son placement, soit volontaire, soit d'office, conformément aux pres-

criptions de la présente loi. Les mesures prescrites par l'article 13 sont applicables à la réintégration des aliénés évadés.

SECTION V. — *Administration des biens.*

ART. 44. — Dans chaque département, si la Commission de surveillance n'a pas désigné un ou quelques-uns de ses membres pour gérer gratuitement les biens des aliénés, une ou plusieurs personnes, nommées par le ministre de l'Intérieur sur une liste dressée par le tribunal civil du chef-lieu, remplissent, chacune dans sa circonscription, pour les personnes placées soit dans les établissements publics ou privés d'aliénés, soit dans les colonies familiales, les fonctions d'administrateur provisoire aux biens. Il est pourvu de même à la nomination on désignation des personnes chargées des fonctions d'administrateur à la personne. Pour les aliénés étrangers au département, s'il y a plusieurs administrateurs, la désignation de l'administrateur est faite par ordonnance du président du tribunal du domicile de l'aliéné.

ART. 45. — Le curateur à la personne, nommé conformément à l'article précédent, doit veiller : 1° A ce que les revenus de l'aliéné soient employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison, conformément à l'article 610 du Code civil ; 2° A ce que l'aliéné, en cas de sortie provisoire ou d'évasion, n'accomplisse aucun acte de nature à nuire à ses intérêts ; 3° A ce que l'aliéné soit rendu à l'exercice de ses droits aussitôt que sa situation le permet.

Le curateur peut provoquer la réunion du conseil de famille et le saisir de toute proposition tendant à la bonne gestion des intérêts de l'aliéné. Il peut faire appel devant le tribunal civil, contre le tuteur, le mari, l'administrateur provisoire légal, judiciaire ou datif, de toute mesure ordonnée ou autorisée par le conseil de famille ou la Commission de surveillance qui lui paraîtrait de nature à nuire aux intérêts de l'aliéné.

ART. 46. — L'administrateur provisoire, nommé conformément à l'article 44 ci-dessus, exerce les fonctions d'administrateur provisoire légal à l'égard de tout aliéné non interdit, placé dans un établissement public ou privé ou dans une colonie familiale, tant qu'il n'a pas été pourvu par le tribunal ou par le conseil de famille à la nomination d'un administrateur judiciaire ou datif.

ART. 47. — Les parents, le conjoint, l'associé de l'aliéné, l'administrateur provisoire, le curateur à la personne et le procureur de la République peuvent toujours provoquer la nomination d'un administrateur judiciaire. Cette nomination est faite par le tribunal civil du domicile de l'aliéné, en chambre du conseil. Elle doit être précédée de l'avis du conseil de famille, mais seulement lorsqu'elle est demandée par les parents, le conjoint ou l'associé. Dans le cas où l'aliéné a des parents proches, compris dans l'énumération de

l'article 9, paragraphe 1er, ci-dessus, il peut être pourvu d'un administrateur datif : cet administrateur est nommé par le conseil de famille de l'aliéné, réuni à la demande de tout parent, et même d'office. Cette nomination doit être homologuée par le tribunal statuant en chambre du conseil, le ministère public entendu. Sur la notification de cette nomination, l'administrateur provisoire légal, s'il a exercé ses fonctions, rend son compte d'administration, qui est reçu par l'administrateur datif. Ce compte est rendu de même en cas de nomination d'un administrateur judiciaire.

Art. 48. — Le mari non séparé de corps est de droit l'administrateur provisoire des biens de sa femme placée dans un établissement d'aliénés ou dans une colonie familiale. La femme non séparée de corps dont le mari est placé dans un établissement d'aliénés ou dans une colonie familiale peut être autorisée, par ordonnance du président, à faire les actes d'administration qu'il déterminera. Si l'aliéné est commerçant ou s'il est engagé dans une exploitation industrielle ou agricole, le président peut, sur la demande du conjoint ou de l'associé,et contradictoirement avec l'administrateur provisoire légal, judiciaire ou datif, conserver, soit au conjoint, soit à l'associé, la direction des affaires particulières ou sociales. Dans ce cas, le conjoint ou l'associé doivent communiquer à l'administrateur ,au moins une fois par an un état sur la situation financière de l'entreprise.

Art. 49. — Dans tous les cas, la personne chargée de l'administration des biens d'un aliéné, autre que le mari, doit remettre au curateur, qui le communique au procureur de la République, un état de la situation de la fortune de l'aliéné, une première fois dans le mois de son entrée en fonctions, et ultérieurement, une fois tous les ans.

Art. 50. — L'administrateur provisoire peut faire tous actes conservatoires et intenter toute action mobilière ou possessoire, défendre à toute action mobilière ou immobilière dès l'admission de l'aliéné dans un établissement public ou privé, et sans attendre la décision de l'autorité judiciaire sur sa maintenue ou sa sortie. Néanmoins,le président du tribunal, statuant en référé, peut, sur la demande de la personne internée ou de toute autre personne en son nom, ordonner que l'administrateur provisoire s'abstiendra de tout acte d'immixtion pendant le délai qu'il fixera. L'administrateur provisoire procède au recouvrement des sommes dues à l'aliéné et à l'acquittement des dettes ; il passe les baux dont la durée n'excède pas trois ans. Les baux de plus de trois ans, sans qu'ils puissent excéder neuf ans, conformément à l'article 1429 du Code civil, doivent être autorisés spécialement par la Commission de surveillance. Avec la même autorisation, précédée de l'avis du mécin traitant sur l'état de l'aliéné, l'administrateur peut vendre

les biens mobiliers de l'aliéné, lorsque leur valeur ,d'après l'appréciation de la Commission de surveillance, n'excède pas 1.500 francs en capital. Si la valeur dépasse cette somme ou s'il s'agit d'immeubles, il faut, en outre, l'homologation du tribunal statuant en chambre du conseil, le ministère public entendu. Dans ce dernier cas, la vente des immeubles se fera aux enchères publiques, soit devant le tribunal, soit devant un notaire commis. L'administrateur provisoire reçoit toutes les sommes appartenant à l'aliéné, soit qu'on les trouve sur la personne de celui-ci ou à son domicile, soit qu'elles proviennent des recouvrements et ventes ou de toute autre cause. Il en donne quittance aux tiers.

Si l'aliéné est placé dans un établissement public, l'administrateur provisoire doit dans le plus bref délai et au fur et à mesure des rentrées ,verser toutes les sommes appartenant à l'aliéné à la caisse de l'établissement ,et le cautionnement du receveur est affecté à la garantie desdits deniers par préférence aux créanciers de toute nature. Lorsque les sommes dont il s'agit excèdent les besoins courants de l'aliéné, il en est fait emploi par l'administrateur provisoire. Cet emploi est réglé, le curateur entendu, par la Commission de surveillance quand le capital ne dépasse pas 1.500 francs, avec l'homologation du tribunal statuant en chambre du conseil quand le chiffre est supérieur. Si l'aliéné est placé dans un établissement privé, l'administrateur provisoire est autorisé à conserver entre ses mains, sous le contrôle du curateur, les sommes nécessaires aux besoins de l'aliéné lorsqu'elles n'excèdent pas 1.500 francs. Audessus de ce chiffre, le mode de conservation doit être approuvé par le président du tribunal. L'emploi des sommes qui ne sont pas nécessaires aux besoins de l'aliéné est réglé, suivant qu'elles excèdent ou non 1.500 francs, comme il est dit au paragraphe précédent. Les titres provenant de ces emplois et tous autres titres appartenant à l'aliéné, s'ils sont au porteur, doivent être déposés à la Caisse des dépôts et consignations.

Art. 51. — Les pouvoirs de l'administrateur judiciaire ou de l'administrateur datif, quant aux biens, sont les mêmes que ceux du tuteur de l'interdit. Ils sont régis par les mêmes règles et soumis aux mêmes conditions, à l'exception de l'hypothèque légale. Dans aucun cas, ces pouvoirs ne peuvent être moindres que ceux de l'administrateur provisoire légal. L'article 511 du Code civil est applicable aux aliénés placés dans un établissement public ou privé. Les successions ouvertes au profit d'un aliéné ne peuvent être répudiées qu'avec l'autorisation du conseil de famille, homologuée par le tribunal civil. L'autorisation de la Commission de surveillance ne peut, en ce cas, suppléer l'autorisation du conseil de famille. Elle suffit au contraire pour l'acceptation bénéficiaire.Sont applicables à l'administrateur provisoire légal, judiciaire ou datif,

les dispositions des sections 8 et 9 et titre X, livre 1, du Code civil ainsi que celles de la loi du 27 février 1880, en tant qu'elles ne sont pas contraires aux dispositions de la présente loi. Ces administrateurs ne sont pas assujettis à l'hypothèque légale. Toutefois, sur la demande des parties intéressées, du curateur ou du procureur de la République, le jugement qui nomme l'administrateur judiciaire, peut en même temps constituer sur ses biens une hypothèque générale ou spéciale, jusqu'à concurrence d'une somme déterminée par le jugement.

En ce qui concerne l'administrateur datif, le conseil de famille peut, soit dans la délibération contenant nomination, soit à toute époque postérieure, demander la constitution sur ses biens d'une hypothèque générale ou spéciale ; la délibération est transmise par le juge de paix au procureur de la République, qui la soumet à l'homologation du tribunal statuant en chambre du conseil. Le procureur de la République doit, dans le délai de quinzaine et après acceptation de ses fonctions par l'administrateur judiciaire ou datif, faire inscrire l'hypothèque. Elle ne date que du jour de son inscription. Les dispositions du Code civil sur les causes qui dispensent de la tutelle, sur les incapacités les exclusions ou des titutions des tuteurs, sont applicables à l'administrateur judiciaire ou datif.

Art. 52. — Les significations à faire à la personne placée dans un établissement d'aliénés ou dans une colonie familiale doivent être faites au tuteur, si la personne est interdite à l'administrateur provisoire légal, judiciaire ou datif, suivant le cas.

Dans le cas de signification de pièces relatives à une instance en interdiction, en divorce, en séparation de corps ou de biens, en désaveu de paternité, en maintenue du placement ou en sortie de l'établissement, cette signification doit être faite, en outre, à peine de nullité, à l'aliéné lui-même, parlant à sa personne. Il n'est point dérogé aux dispositions de l'article 173 du Code de commerce. Le curateur intervient de droit dans toutes les instances mentionnées au deuxième paragraphe du présent article. Le tuteur de l'aliéné interdit et, en cas de non-interdiction, l'administrateur provisoire, légal judiciaire ou datif, peuvent, en vertu du mandat exprès qu'ils en auront reçu du conseil de famille ou, à son défaut, du tribunal, intenter au nom de l'aliéné une action en divorce, en séparation de corps ou de biens. Si le conjoint est administrateur, l'action pourra être intentée en vertu d'une délibération conforme du conseil de famille provoquée par le tribunal qui désignera un administrateur *ad hoc* chargé d'intenter et de suivre le procès. Les délais de l'action en désaveu de paternité, fixés par les articles 31[illegible] et suivants du Code civil, ne courent pas contre l'aliéné placé dans un établissement public ou privé, jusqu'au jour de sa sortie définitive de l'établissement et, en cas d'interdiction judiciaire, jusqu'au jugement de main-levée.

ART. 53. — Les pouvoirs de la Commission de surveillance et de l'administrateur provisoire légal, ceux de l'administrateur judiciaire ou datif, cesseront de plein droit dès que la personne placée est sortie définitivement de l'établissement ; ils subsistent pendant les sorties provisoires, et, en cas d'évasion, jusqu'à ce que la sortie définitive ait été décidée. Les pouvoirs de l'administrateur judiciaire cessent de plein droit à l'expiration du délai de trois ans ; ils ne peuvent être renouvelés qu'après que ledit administrateur a fourni au curateur les états de situation prescrits par la présente loi.

ART. 54. — Tous actes faits par l'aliéné, même non interdit, dès le premier jour de son admission et pendant la durée de son internement, nonobstant toute sortie provisoire, sont, comme ceux faits par l'interdit, soumis aux règles des articles 512 et 1125 du Code civil. L'action en nullité est soumise aux règles de l'article 1304 du Code civil. Toutefois les dix ans ne courent, à l'égard de l'aliéné, après sa sortie définitive, qu'à dater de la signification qui lui a été faite des actes souscrits par lui ou de la connaissance qu'il en a eue, et, à l'égard de ses héritiers, qu'à dater de la signification qui leur en a été faite ou de la connaissance qu'ils en ont eue après sa mort. Lorsque les dix ans ont commencé à courir contre l'aliéné, ils continuent de courir contre les héritiers. L'internement dans un asile d'aliénés, maintenu par décision de l'autorité judiciaire, a le même effet qu'une demande en interdiction, au point de vue de l'application de l'article 504 du Code civil.

ART. 55. — Les causes concernant les personnes, même non interdites, qui sont placées dans un établissement public ou privé d'aliénés ou dans une colonie familiale, sont communiquées au ministère public.

Toutes les décisions judiciaires prévues par la présente loi, à l'exception de celles rendues en vertu des articles 47, 50, 51, 52, sont susceptibles d'appel à la requête de tout intéressé et du procureur de la République, quand il est partie principale. L'appel doit être relevé dans les cinq jours, à partir de celui où la décision aura été rendue ; il sera fait par simple déclaration au greffe et porté, par les soins du parquet, à la connaissance des intéressés. La Cour devra statuer dans la quinzaine à compter de la date de l'appel, en chambre du conseil, les intéressés prévenus par les soins du procureur général ; l'arrêt pourra être rendu sans le ministère d'avoué ; il sera exécutoire sur minute.

TITRE III. — *Dépenses et recettes du service des aliénés.*

ART. 56. — Sont conduits dans l'établissement départemental, les aliénés dont le placement a été ordonné par le préfet, à moins que la famille ne demande leur admission dans un autre établissement spécial et ne subvienne aux frais de leur entretien. Les aliénés placés volontairement ou sur la demande des particuliers y sont également admis dans les conditions réglées sur la proposition du préfet par le Conseil général.

ART. 57. — La dépense du transport des personnes dirigées par

l'Administration sur les établissements d'aliénés est arrêtée par le préfet, sur le mémoire des agents préposés au transport. En l'absence de traités réglant la dépense de l'entretien, du séjour et du traitement des aliénés placés dans les établissements publics, cette dépense est réglée d'après un prix de journée arrêté par le ministre de l'Intérieur pour les asiles de l'Etat, par les Conseils généraux pour les asiles départementaux, par les Commissions administratives pour les quartiers d'hospices et par les Commissions de surveillance pour les asiles qui jouissent de la personnalité civile. Pour les asiles privés faisant fonction d'asiles publics, la dépense ci-dessus est fixée par les traités passés avec le département, conformément à l'article 4. Dans aucun cas, les Conseils généraux ne peuvent disposer des réserves ou des excédents de recettes des asiles pour les appliquer à un autre service qu'à celui des établissements qui les auront réalisés. Les recettes et les dépenses des quartiers d'hospice affectés aux aliénés sont l'objet d'une section distincte dans le budget de l'établissement hospitalier dont ils font partie, et le produit de leurs recettes doit leur être intégralement réservé.

Art. 58. — Les dépenses énoncées en l'article 57 sont à la charge des personnes placées ; à leur défaut, à la charge de ceux auxquels il peut être demandé des aliments, aux termes des articles 205 et suivants du Code civil. S'il y a contestation sur l'obligation de fournir les aliments ou sur leur quotité, il est statué par le tribunal compétent, à la diligence du curateur à la personne de l'aliéné. Le recouvrement des sommes dues est poursuivi et opéré par le comptable du département, comme en matière de contributions directes.

Art. 59. — A défaut ou en cas d'insuffisance des ressources énoncées en l'article précédent, il est pourvu à la dépense par le département, sans préjudice du concours de la commune du domicile de secours de l'aliéné, tel qu'il résulte de la loi du 15 juillet 1893 d'après un tarif arrêté par le Conseil général, sur les propositions du préfet.

Les hospices sont tenus à une indemnité proportionnée au nombre des aliénés dont le traitement ou l'entretien était à leur charge et qui seraient placés dans un établissement spécial d'aliénés. En cas de contestation, il est statué par le Conseil de préfecture.

Art. 60. — Sont payés par l'Etat : 1° Les traitements et pensions de retraite des inspecteurs généraux du service des aliénés ; 2° Les dépenses des aliénés indigents n'ayant pas de domicile de secours départemental. Sont obligatoires pour les départements : 1° Les traitements des médecins directeurs, directeurs administratifs, secrétaires généraux et médecins traitants des asiles départementaux ; 2° Les traitements des médecins en chef préposés responsables, des médecins et des préposés responsables des quartiers d'hos-

pice ; 3° Les traitements des médecins des asiles privés faisant fonction d'asiles publics situés dans les départements. Les traitements prévus aux deux paragraphes précédents sont remboursés aux départements par les établissements intéressés.

Ces fonctionnaires et les fonctionnaires et employés des asiles publics, nommés par les préfets, conformément au paragraphe 4 de l'article 7, sont associés aux charges et bénéfices de la caisse des retraites du département où est situé l'asile. En cas de changement d'un de ces fonctionnaires d'un département dans un autre, les retenues versées par lui dans la caisse des retraites du département qu'il quitte, sont reversées dans la caisse du département où il se rend. Si l'un des fonctionnaires départementaux susdits est ou a été appelé à un emploi rétribué par l'Etat, conformément à la présente loi, les sommes versées par lui à la caisse des retraites du département qu'il quitte ou a quitté sont reversées au Trésor public, au compte du fonds des pensions civiles.

ART. 61. — Les honoraires de l'administrateur provisoire concernant les aliénés indigents sont mandatés par le préfet, sur taxe du tribunal et visa de la Commission de surveillance de l'asile et prélevés sur les biens des aliénés, d'après un tarif arrêté par un règlement d'administration publique.

ART. 62. — La dépense d'entretien des personnes traitées en exécution des alinéas 1° et 2° de l'article 30, dans les asiles spéciaux construits par l'Etat, est supportée par les départements auxquels ces personnes appartiennent, jusqu'à concurrence du prix de journée payé par chacun de ces départements pour ses aliénés ordinaires. Le surplus de la dépense d'entretien, s'il y en a, et les dépenses du transfèrement sont à la charge de l'Etat. Les dépenses d'entretien et de transfert des condamnés visés par l'article 35 restent entièrement à la charge de l'administration pénitentiaire. Il en est de même de la dépense des personnes placées pour une expertise médico-légale dans un établissement d'aliénés ou dans un quartier ou local d'observation ou dépôt, conformément à l'article 28 ci-dessus, jusqu'à ce qu'il ait été statué sur la poursuite dont elles sont l'objet.

TITRE IV. *Pénalités.*

ART. 63. — Les chefs responsables des établissements publics ou privés d'aliénés ne peuvent, sous les peines portées à l'article 120 du Code pénal, retenir une personne placée dans un établissement, dès que sa sortie a été ordonnée par le préfet ou par le tribunal, conformément aux prescriptions de la présente loi, ni lorsque cette personne se trouve dans les cas énoncés aux articles 21 et 22

Art. 64. — Les contraventions aux dispositions des articles [illegible]s, 8, 9, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 28, 29, 31, 32, 33, 36, 41 [illegible] et 43 de la présente loi et aux règlements rendus en vertu de l'article 68, qui sont commises par les chefs responsables des établissements publics ou privés d'aliénés, et par les médecins employés par ces établissements, sont punies d'un emprisonnement de cinq jours à un an, et d'une amende de cinquante francs (50 fr.) à trois mille francs (3.000 fr), ou de l'une de ces deux peines seulement.

Art. 65. — Toute personne employée dans un établissement public ou privé d'aliénés qui, volontairement, s'est rendue coupable de sévices ou voies de fait sur la personne d'un malade, est punie d'un emprisonnement de cinq jours à trois mois et d'une amende de seize francs (16 fr.) à deux cents francs (200 fr.). ou l'une de ces deux peines seulement. Toute personne préposée à la garde, à la surveillance et aux soins des aliénés qui, par négligence ou inobservation des règlements, a compromis la santé d'un malade à elle confié, est punie d'une amende de seize francs (16 fr.). à cent francs (100 fr.). Le tout sans préjudice de l'application, s'il y a lieu, des peines édictées dans les articles 309, 311, 319, et 320 du Code pénal.

Art. 66. — Dans les établissements publics ou privés, visés à la présente loi, tout attentat à la pudeur consommé ou tenté sans violence sur la personne d'un aliéné, idiot, crétin, épileptique ou hystéro-épileptique de l'un ou de l'autre sexe, et avec connaissance de l'état de cette personne, est puni de la réclusion.

Art. 67. — Dans les cas prévus aux articles 63, 64, 65 et 66 ci-dessus, il peut être fait application de l'article 463 du Code pénal.

Titre V. *Dispositions générales et transitoires.*

Art. 68. — Des règlements d'administration publique détermineront : 1° Les devoirs et attributions des commissions de surveillance et de tout le personnel médical et administratif ; 2° Les conditions auxquelles sont accordées les autorisations énoncées à l'article 3, les cas ou ces autorisations peuvent être retirées, les obligations auxquelles sont soumis les établissements privés autorisés, les bases sur lesquelles doit être calculé le montant des cautionnements ; 3° Les conditions d'organisation et de fonctionnement des asiles privés faisant fonction d'asiles publics, ainsi que les conditions du retrait d'autorisation et de la mise en régie de ces établissements, prévues par l'article 6 de la présente loi ; 4° Les conditions d'organisation, de fonctionnement et de surveillance des établissements prévus par l'article 2 de la présente loi ; des quartiers ou locaux établis, conformément à l'article 28 de la présente loi, pour le dépôt provisoire des aliénés non encore internés ou pour les expertises médico-légales sur l'état mental des inculpés ; 5° Les conditions dans lesquelles pourront être admis et hospitalisés provi

soirement, dans les asiles d'aliénés et plus tard dans les quartiers et établissements spéciaux, les épileptiques non aliénés, les idiots, les crétins et les buveurs ; 6° Les conditions de traitement et d'avancement du personnel médical ou administratif nommé par le ministre ; 7° Et généralement toutes les mesures nécessaires à l'exécution de la présente loi.

Art. 69. — Dans les cas prévus par l'article 3 et 4, si le Gouvernement refuse son autorisation, cette décision, qui sera motivée, est susceptible d'un recours au Conseil d'Etat dans les formes légales.

Art. 70. — La présente loi est applicable à l'Algérie et aux colonies,dans les conditions à déterminer par un règlement d'administration publique. Elle sera affichée dans les parloirs ou vestibules des asiles ou établissements recevant des aliénés.

Art. 71. — La loi du 30 juin 1838 est abrogée ; toutefois celles de ses dispositions visées par l'ordonnance du 18 décembre 1839 qui ne sont pas contraires à la présente loi,restant en vigueur jusqu'à la promulagtion des règlements d'administration publique, mentionnés à l'article 68, qui seront rendus pour l'exécution de la présente loi.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. — Modifications hématologiques dans le délire transitoire ; par Klippel. (*L'Encéphale*, 1906, n° 3.)

Des modifications dans l'état du sang peuvent accompagner des états vésaniques simples. L'observation rapportée concerne un jeune homme, dégénéré héréditaire, qui présenta, deux années consécutives, un accès délirant à caractère maniaque, de courte durée et chaque fois suivi de guérison. Le dernier de ces accès a été traité à l'hôpital ; la phase d'acmée délirante s'est accompagnée d'une leucocytose abondante, le taux leucocytaire étant retombé à la normale à la fin de l'accès. Il est vraisemblable que dans de tels états, qui sont la marque d'une constitution psychique et non de lésions (apparemment du moins), les seules modifications circulatoires liées au dynamisme fonctionnel, des centres nerveux suffisent à provoquer des modifications hématologiques, au contraire d'une infection ou d'une intoxication qui produisent des troubles simultanés sur les organes hématopoiétiques et sur le système nerveux. F. Tissot.

LI. — Euphorie délirante des phtisiques. Hétérotopie médullaire ; par Dupré et Camus. (*L'Encéphale*, 1906, n° 5.)

Observation dont l'intérêt clinique réside dans l'association d'un état onirique très prolongé avec cet optimisme aveugle et cet illusionnisme continus qui caractérisent l'euphorie délirante des phtisiques. Cet état mental semble manifestement en rapport avec les lésions diffuses de l'écorce surtout frontale. On retrouve des troubles psychiques très analogues chez les cancéreux morphinisés. Les intoxications diverses qui se développent sur ces terrains prédisposés déterminent les altérations du cortex et les réactions psychopathiques constatées. Le sujet que concerne cette observation, présentait en outre une malformation médullaire curieuse consistant dans un bouleversement complet de la substance grise, surtout des cornes antérieures, à la région dorso-supérieure, et dans la déformation et le déplacement des cornes postérieures, à la région dorso-inférieure. Il n'y avait pas de trouble médullaire pendant la vie ; aucune altération histologique n'a été constatée. Il s'agit bien d'une anomalie congénitale, véritable stigmate physique de dégénérescence. F. Tissot.

LII — Les séquelles psychiques des méningites cérébro-spinales aigues ; par Sainton et Voisin. (*L'Encéphale*, 1906, n° 3.)

L'existence de psychoses consécutives aux méningites cérébro-spinales est une vérité clinique admise par tout le monde, mais à laquelle manque la confirmation de documents précis Cette lacune tient à l'interruption de l'histoire pathologique des malades entre leur entrée à l'hôpital pour accidents méningitiques et l'éclosion des troubles psychiques. Il appartiendrait aux aliénistes de fouiller le passé de leurs malades, pour établir la réalité des rapports entre les deux ordres de faits. F. Tissot.

LIII. — Les troubles psychiques dans les altérations dés glandes à sécrétion interne ; par Sainton. (*L'Encéphale*, 1906, n°s 3 et 4.)

Importante revue générale, bibliographique et critique, des troubles psychiques liés aux altérations des glandes à sécrétion interne. Une large place y est faite aux manifestations thyroïdiennes : beaucoup de goitres exophtalmiques relèvent de l'intoxication thyroïdienne ; c'est à elle qu'il faut rapporter l'état mental des basedowiens, les troubles psychiques plus marqués (états d'excitation le plus souvent), enfin l'éclosion de syndromes morbides divers révélateurs de tares constitutionnelles (névroses dégénérescence mentale) et qui coexistent fréquemment avec le goitre exophtalmique. L'hypothyroïdation chez l'adulte se traduit par une chute de l'activité cérébrale avec conservation de l'intelligence ; chez l'enfant, le myxœdème consiste en un arrêt de dé-

veloppement qui est d'autant plus complet que l'insuffisance thyroïdienne s'établit à une époque plus précoce de l'évolution ontogénique.

L'influence de la castration sur le psychisme est réelle : si l'ablation des testicules est pratiquée dans l'enfance, les modifications du caractère et de l'intelligence sont considérables (eunuchisme) ; plus tard cette influence est moindre, nulle même dans les cas de mutilation acceptée : (castration rituelle des skoptzys. Il en va autrement chez les individus castrés à la suite d'affection testiculaires : quand des troubles psychiques existent, il est cependant difficile de faire la part de ce qui revient à l'insuffisance de sécrétion interne et à la mentalité habituelle de ces malades.

L'insuffisance ovarienne peut être congénitale ou acquise : dans le premier cas elle produit l'infantilisme (dystrophie ovarienne de Dalché). Comme psychoses pouvant être rapportées à l'insuffisance ovarienne, on pourrait citer par hypothèse l'hébéphrénie Il est en effet fort difficile de préciser le rôle de l'ovaire dans les troubles mentaux de la menstruation et de la ménopause, comme aussi dans ceux qui suivent l'ovarectomie ; les résultats du traitement opothérapique peuvent seuls donner des indications sur ce point. Les troubles psychiques dus aux altérations de la pituitaire sont généralement assez légers ils ont été bien étudiés chez les géants acromégaliques par Launois et Roy.

On a décrit diverses manifestations de l'altération des capsules surrénales : une véritable encéphalopathie addisonnienne (Klippel), du délire (Addison), des états neurasthéniques (Dufour et Rogues de Fursac). L'insuffisance surrénale peut être une cause d'infantilisme (Morlot). L'hyperfonction crée l'hypertension et l'athérome artériels, origine de troubles mentaux.

Trop rares sont les documents sur les troubles psychiques liés à la persistance du thymus. Les diverses glandes à sécrétion interne fonctionnant dans une dépendance réciproque faite de synergies et d'antagonismes, les syndromes mentaux liés à leurs altérations sont ordinairement complexes, résultant de troubles concomitants dans le fonctionnement de plusieurs glandes. La conclusion pratique de cette étude est dans l'emploi systématique de l'opothérapie dans tous les cas qui peuvent en être justiciables.

F. Tissot.

LIV. — **La poésie dans les maladies mentales** ; par E. Régis. (*L'Encéphale*, n° 3, 1906.)

De tout temps on a voulu établir des rapports entre la folie et le génie. Il est certain que nombre de poètes sont des déséquilibrés, même des délirants ; les littérateurs décadents en particulier fournissent un notable contingent de névrosés, d'excentri-

ques, plus ou moins adonnés aux intoxications de luxe ; ce sont là des « malades poètes » plutôt que des « poètes malades », ils touchent ainsi de près à l'aliénation qui, loin d'anéantir chez l'homme le goût de la poésie, est susceptible de l'accroître et même de le créer ; l'auteur cite de nombreuses pièces de vers d'où l'art n'est pas exclu. F. T.

LV. — **Contribution à l'étude de la démence précoce**; par M, PIHGINI. (In *Rivista sperimentale di Freniatria*. Reggio en Emilie, 1905, vol. XXXI, fasc. III-IV.)

Deux faits sont étudiés rapidement dans ce petit travail: 1° les caractères du pouls dans la démence précoce. On prend des cas de démence précoce paranoïde, hébéphrénique, paranoïde-catatonique, catatonique, hébéphréno-catatonique, dont plusieurs à une phase terminale. On observe ainsi une grande variation de fréquence du pouls, et une augmentation de tension de la paroi des artères. On peut conclure à une hypertension des parois des vaisseaux artériels, se traduisant par un tracé sphygmographique caractéristique du pouls ; 2° action d'un extrait spécial des glandes parathyroïdiennes sur la circulation et sur les échanges organiques des déments précoces. Cet extrait a un pouvoir anti-tétanique, et l'opothérapie parathyroïdienne améliore les symptômes. La contracture catatonique, la tachycardie, l'hypothermie et les autres troubles des échanges organiques seraient donc sous la dépendance d'une altération ou d'une absence fonctionnelle parathyroïdienne. J. S.

LVI. — **Folie et indicanurie (indoxylurie) ; note critique** ; par M. C. C. EASTERBROCK. (*The Journal of mental science*, octobre 1906.)

Après une étude critique des techniques employées par MM. Lewis Bruce et Townsend dans des recherches dont nous avons rendu compte ici même, l'auteur expose sa technique personnelle et le résultat de ses propres travaux : il a été amené à conclure que la présence d'un excès d'indican dans l'urine est due surtout à la constipation, souvent ancienne et rebelle chez les aliénés.

R. M. C.

LVII. — **Alcool et folie : effets de l'alcool sur le corps et l'esprit, tels qu'on les observe dans les salles des hôpitaux et des asiles et dans les salles d'autopsie** ; par M. F. W. MOTT, (*The Journal of mental Science*, octobre 1906.)

Travail très nourri de faits et de recherches personnelles, accompagné de tableaux, très utile à consulter, mais dont une analyse même étendue ne donnerait qu'une idée très imparfaite.

R. M. C.

LVIII. — **Sur la psychologie des croisades** ; par MM. WILLIAM W. IRELAND. (*The Journal of mental Science*, octobre 1906.)

M. Ireland se plaît aux études de psychologie rétrospective, historiques ou littéraires où il utilise les richesses d'une érudition qui n'est pas seulement spéciale. A la vérité dans le présent travail, la psychologie des Croisades n'est pour ainsi dire pas formulée ; mais elle se dégage d'elle-même d'un tableau historique succinct, mais chaud et coloré. Misère en bas, oisiveté en haut, voilà les deux causes différentes et pourtant connexes qui ont poussé paysans et seigneurs à se laisser entraîner dans des expéditions follement imprévoyantes, où les uns espéraient trouver les jouissances de la terre dont ils étaient sevrés, les autres un aliment à leur activité sans emploi, et tous, par surcroît, les bénédictions du ciel. Et ces causes, parce qu'elles sont éternelles comme le monde, ne sont-elles pas les mêmes que celles qui poussent aujourd'hui encore la foule souffrante ou désenchantée vers toutes les idoles, aussi bien vers le char de Juggernauth que vers la grotte de Lourdes. En terminant l'auteur rappelle comme un symptôme de la mentalité de l'époque ces croisades d'enfants qui succédèrent aux autres et dont l'une dut être rapatriée, du moins ce qui en survivait, par le Pape.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

LIX.— **La pathologie de quatre cas d'idiotie épileptique** ; par M. HARVEY BAIRD. (*The Journal of mental Science*, juillet 1906.)

Les conclusions générales de ce mémoire servent en même temps de résumé aux points principaux de chacun des cas rapportés ; nous les reproduisons donc à peu près intégralement.

1° Ces cas démontrent la variété des lésions dans l'idiotie épileptique et la difficulté de donner une classification pathologique de l'idiotie. Au Congrès International de Médecine de Paris de 1900 Shuttleworth et Beach ainsi que Bourneville ont proposé des classifications à base anatomo-pathologique, mais il est malaisé de trouver un cas particulier qui soit conforme à un seul de leurs types ; en sorte que, à l'heure actuelle, il semble que la classification d'Ireland, qui est surtout clinique et étiologique, demeure la plus commode.

2° Ils indiquent aussi que de grosses lésions se rencontrent dans l'idiotie épileptique, par opposition à l'idiotie non épileptique Andriezen soutient que les lésions essentielles de l'idiotie épileptique sont de deux ordres : 1° une sclérose diffuse ou un développement exagéré des fibres nerveuses de la névroglie dans la substance cérébrale ; et 2° une altération simultanément étendue des cellules nerveuses qui est négative ou positive, la lésion négative étant caractérisée comme chez les imbéciles par une cellule à peu de prolongements, et la lésion positive par une augmentation du pig-

ment et un déplacement du noyau,c'est-à-dire une dégénérescence. Les cas rapportés par l'auteur ne révèlent aucune augmentation du pigment dans les cellules nerveuses ; 3° mais ils montrent la fréquence des altérations des membranes. Sur 73 cas de kystes de l'arachnoïde, Lewis a trouvé un seul cas d'idiotie et quatre d'épilepsie ; or, sur les quatre cas de l'auteur, il y avait dans deux formation de fausses membranes et dans un autre formation d'une plaque ostéoïde dans la dure-mère. Mais ce qui est plus important encore,c'est que dans tous les cas la pie-mère et l'arachnoïde étaient épaissies et opaques et que dans deux d'entre eux il y avait des adhérences très accusées. L'auteur pense que dans beaucoup de cas la méningite est la lésion primitive de l'idiotie épileptique ; dans un des cas il est manifeste qu'il en a été ainsi, mais dans deux autres il est à remarquer que la gliose a paru envahir les tissus de dehors en dedans, avec début et maximum d'intensité sous la pie-mère comme dans la paralysie générale. La dégénérescence myxœdémateuse consécutive peut s'expliquer par des lésions vasculaires, car les régions envahies correspondent en grande partie à la zone de distribution de la cérébrale moyenne. On conçoit facilement, d'ailleurs,que la méningite puisse être si souvent la lésion primitive car dans les intoxications des autres organes,dans les maladies fébriles, etc., si le système nerveux est atteint, c'est la méningite qui est la lésion la plus probable.

4° On voit aussi,par les observations rapportées,que les diverses couches de cellules cérébrales réagissent différemment à l'égard des agents irritants. Les grandes cellules pyramidales ont paru être les dernières à dégénérer et à disparaître, ce qui concorde avec l'observation de Lewis qui a constaté que dans l'idiotie épileptique, on voit se modifier le contour des cellules des couches supérieures, tandis que celui des cellules pyramidales demeure sans changement.

5° Enfin un autre fait résulte de ces observations,c'est la faculté que possède la substance grise de s'adapter à des conditions modifiées, c'est ce que démontre la quatrième observation dans laquelle l'idiotie était bien plutôt le résultat d'une défectuosité des voies conductrices entre les différentes parties de la substance grise que d'une défectuosité de la substance grise elle-même.

Au point de vue étiologique les cas rapportés ne comportent aucune explication satisfaisante. R. DE MUSGRAVE CLAY.

LX. — **Pathologie de la paralysie générale des aliénés ; par** W. Ford ROBERTSON. (*Morison Lectures* V.) (*The Journal of mental Science*, avril 1906.)

Ce travail renferme des recherches et des vues **intéressantes** et relativement nouvelles dont nous essayons de **donner un aperçu,**

qui sera forcément incomplet, le texte publié ici étant lui-même un résumé.

Les statistiques paraissent démontrer que la paralysie générale augmente de fréquence, son étiologie et sa pathogénie demeurent très obscures, car on voit que, de plus en plus, l'hypothèse de l'étiologie syphilitique est considérée comme insuffisante. Déjà en 1901, le Dr Bruce a publié des recherches sur la température et la leucocytose dans cette maladie, et montré que les accès fébriles reparaissent toutes les deux ou trois semaines et s'accompagnent de leucocytose, et que dans les dernières périodes la leucocytose reparaît de temps en temps sans élévation de la température. Il a conclu de ses observations que la paralysie générale est une maladie directement due à des toxines bactériennes attaquant l'organisme par la voie des muqueuses gastriques et intestinale, et il a confirmé son opinion par la recherche des modifications anatomiques du tube digestif. De nouvelles preuves de toxémie chronique ont été fournies par le Dr Ainslie qui a constaté une endartérite étendue et souvent très accusée des vaisseaux extra-cérébraux dans des cas où la sénilité ne pouvait pas être accusée de ces altérations.

De nouvelles recherches encore, personnelles ou dues à d'autres observateurs, ont révélé la présence dans les voies digestives et aériennes d'un bacille diphthéroïde, que l'on peut quelquefois isoler du cerveau. Les examens histologiques ont fourni un nouvel appoint à cette doctrine, ainsi que les cultures et les inoculations du bacille incriminé. Enfin on a pu s'assurer que des bacilles, possédant peu d'affinité pour les réactifs colorants, mais ayant une étroite ressemblance avec les bacilles diphtéroïdes, existaient dans le sang pendant les attaques congestives, dans le dépôt centrifuge du liquide cérébro-spinal retiré par la ponction lombaire, et dans l'urine.

Ces faits ont donné à penser que ces bacilles pouvaient quelquefois passer dans le sang et y être détruits par phagocytisme ; on a recherché alors l'action du sang vivant sur les cultures pures, et on a constaté que ces bacilles étaient très rapidement absorbés par les leucocytes et pouvaient être complètement dissous dans l'intérieur des globules blancs dans un espace de deux à trois heures; on a vu en outre que le pouvoir phagocytaire était beaucoup plus élevé chez les leucocytes des paralytiques généraux.

Il y a bien des raisons puissantes de contester l'origine essentiellement syphilitique de la paralysie générale et du tabes, et Bianchi et d'autres auteurs les ont savamment développées. Il n'est pas douteux que la syphilis joue ici un rôle important, mais ce rôle n'est pas directement pathogène et consiste à diminuer les moyens généraux et locaux de défense contre les bactéries, et nous sommes en possession des preuves les plus nettes que le paralytique

général subit une réelle toxémie bactérienne : l'auteur ici reprend et développe les arguments expérimentaux qui permettent de soutenir cette opinion, puis revenant à l'observation du malade, il montre que dans quelques cas une invasion bacillaire est repoussée avec succès (phagocytisme), après quoi survient une période plus ou moins longue où le bacille est tenu à distance : cliniquement, ceci correspond aux rémissions. Plus communément, il y a une absorption continue, mais comparativement légère, des toxines, et une succession d'invasions plus ou moins sérieuses, mais chaque fois repoussées. Finalement toutefois les forces défensives sont vaincues, et alors survient l'attaque congestive terminale. L'auteur aborde ensuite les applications du même ordre de faits au tabes. Il est évident que le paralytique général se défend, et souvent avec un succès prolongé, en fabriquant des éléments bactériolytiques. Il semble donc qu'il vaille la peine de reproduire ces éléments de défense chez des animaux inférieurs appropriés et de les employer comme agents thérapeutiques.

Cette méthode de traitement va d'ailleurs être expérimentée à l'Asile Royal d'Edinburgh. R. DE MUSGRAVE CLAY.

LXI. — **Quelques notes sur l'étude de la folie**; par A. Graham CROOKSHANK. (*The Journal of mental Science*, janvier 1906.)

Au sens conventionnel ou empirique, nous devons admettre que la folie est plus qu'une condition ou un état d'esprit et que la somme d'une série de phénomènes psychiques, et qu'elle comprend un état physique, une série de conditions physiques dont les signes diffèrent, non dans leur nature, mais dans leur groupement et leurs rapports, des signes physiques morbides que nous ne considérons pas d'ordinaire comme indicateurs de ce que nous appelons la folie. Mais il est nécessaire, dans l'étude de la folie, de considérer séparément la série des phénomènes psychiques et la série des phénomènes physiques. La série psychique à notre portée est très courte, et comme nous ne pouvons pas utilement chercher les causes psychiques des phénomènes psychiques de la folie, nous ne devrions pas parler des causes psychiques de la folie, pas plus que du traitement moral ou mental de la folie qui n'est qu'une partie d'un traitement physique. Et ici, il n'est peut être pas inutile de résumer en deux phrases la célèbre doctrine de Jackson sur la concomitance ou le parallélisme : Les états de conscience sont absolument différents des états nerveux. mais se rencontrent concurremment avec eux. Pour tout état mental il y a un état nerveux corrélatif mais sans interférence connue. Les partisans de cette doctrine ne peuvent évidemment pas admettre que les états psychiques soient l'*effet* des états physiques corrélatifs, mais ils peuvent concevoir entre ces états une coïncidence nécessaire.

Les phénomènes physiques essentiels de la folie se rencontrent

dans les états ou dans les rapports de celles des cellules cérébrales dont les activités normales sont accompagnées d'états de conscience qui, dans la folie, sont ou absents, ou troublés, ou anormaux. L'étude systématique de la folie doit par conséquent comprendre : 1° les phénomènes psychiques : mais nous ne pouvons pas observer les états de conscience chez les autres ; nous ne pouvons constater que ce que nous considérons comme l'expression physique des éléments nerveux concomitants des états conscients ; 2° les phénomènes physiques essentiels de la folie. Ceux-ci nous ne pouvons les étudier qu'en tenant compte des effets physiologiques des cellules dont les effets sont en corrélation avec le désordre des états de conscience, et en faisant la supposition, qui n'est après tout ni démontrée, ni démontrable, que les états de conscience qui, pour nous-mêmes, sont en corrélation avec certains états nerveux, ayant une expression physiologique définie, sont identiques aux états de conscience qui chez les autres,sont en corrélation avec des états nerveux ayant en fin de compte une expression identique.

Il y a bien des années, Lewes a défini l'« esprit » comme la somme des « phénomènes mentaux », cette définition rappelait fâcheusement celle de l'anatomiste qui décrivait le rein « un organe d'aspect réniforme ». Mais il faut se rappeler que la somme des états de conscience qui, chez un individu sain d'esprit ou non, constitue l'esprit, se compose non seulement de la conscience du moment, mais encore de la conscience devenue inconsciente, c'est-à-dire de phénomènes recouvrables par la mémoire. Et il se peut que l'on puisse concevoir ces états psychiques comme accompagnant des états fonctionnels et dynamiques de tous les centres nerveux, ou tout au moins ces états de conscience qui accompagnent des états nerveux inférieurs dans des conditions qui ne sont pas normales, mais peuvent ne pas exister dans des conditions normales, ou du moins n'existent,qu'à un degré inférieur de vivacité. L'auteur pense que l'étude des phénomènes psychiques ou de la série psychique, doit être dans une grande mesure, l'étude de l'ordre qui persiste dans la somme des états psychiques qui constituent pour chacun de nous et pour tous les « moi » du moment.

L'auteur entre ici dans des considérations intéressantes sur l'évolution de l'esprit chez l'individu, où elle est comme l'ont montré Schneider et Haeckel, une réflexion ou une image abrégée de l'évolution ascendants de l'espèce, et il rappelle les beaux travaux de Ribot sur l'évolution de la mémoire. Puis il fait remarquer que, dans la folie progressive, les totaux des états de conscience paraissent se succéder dans un ordre qui n'est pas seulement aussi net et aussi inexorable qu'à l'état sain, mais qui est effectivement le même.

Clouston a dit que la tendance pathologique et clinique la plus forte de toute forme de maladie mentale, était d'aboutir à la

démence, ou en d'autres termes, de progresser : cette proposition n'est qu'une forme nouvelle de la doctrine déjà ancienne de Sankey qui enseignait que la folie ne comporte qu'un seul et unique processus dont les diverses variétés ne sont différenciées que par des phénomènes nullement essentiels, que toutes les folies débutent par la mélancolie et tendent à se succéder dans l'ordre suivant : 1° mélancolie ; 2° manie ; 3° démence, succession qui peut, à n'importe quel moment, être interrompue par la guérison, laquelle donne alors lieu à une succession en sens inverse, 1° démence ; 2° manie ; 3° mélancolie. L'auteur entre ici dans quelques considérations où il serait trop long de le suivre sur ces diverses formes de maladies mentales.

La conception que propose l'auteur de la marche et du processus de la folie correspond exactement à la théorie de Sankey, et aussi à ce que nous pouvons prévoir, à *priori*, étant admis que la folie est un processus réductif de la mentalité agissant en sens inverse du processus de l'évolution.

On croit donc pouvoir considérer ici comme démontré : 1° que les phénomènes psychiques de la folie se manifestent dans le même ordre que ceux du sommeil, du délire, de l'intoxication, de l'anesthésie et de la sénilité ; 2° que cet ordre est inverse de celui que l'on observe dans le développement de l'individu ou de la race et après la terminaison du sommeil, du délire, de l'intoxication ou de l'anesthésie ; 3° que lorsque la folie guérit, l'ordre des phénomènes psychiques est celui du développement de l'individu ou de la race ; 4° que la survenue, dans la folie, de délusions, d'hallucinations et d'obsessions, n'est pas en contradiction avec l'ordre ci-dessus énoncé de l'ordre des états de conscience, mais qu'elle en est au contraire la conséquence, ainsi que des états qui le déterminent, et qu'elle trouve des analogies dans l'histoire du développement et de la déchéance de l'individu et de la race ; et que, en outre, le caractère particulier des délusions et des hallucinations est déterminé par l'extension et la régularité (ou par les états inverses) du processus de dissolution.

Il est donc nécessaire, pour étudier systématiquement la folie, d'étudier séparément la série psychique et la série physique, sans confusion ou transmutation des termes. Dans la série physique il est indispensable de considérer non seulement les différentes sortes d'états conscients, mais l'ordre suivant lequel ils apparaissent : et c'est seulement lorsqu'on abordera l'étude de la série physique que l'on sera fondé à s'occuper de l'étiologie et du traitement. Particulièrement on aura à étudier ce qui a été défini comme les signes physiques de la folie. En procédant ainsi, on verra que la folie est un processus parallèle de dissolution psychique et physique, ayant l'aspect clinique décrit par Sankey ; on verra aussi que nous n'avons point à faire à des « maladies mentales », mais à des dissolu-

tions de l'esprit et du système nerveux, lesquelles varient d'intégralité, de régularité et de rapidité, et sont déterminées, en ce qui concerne le système nerveux, par diverses causes physiques. On abandonnera la vaine pratique qui consiste à essayer de classer ces processus en considérant comme des *choses* différentes ce qui n'est en réalité que des périodes différentes d'un seul et même processus, et on instituera une classification basée sur les causes des phénomènes physiques. On traitera la folie non plus par des paroles vides de sens « sur les remèdes appropriés moraux et mentaux », mais en employant les moyens physiques, sachant par expérience que la restauration des états physiques (nerveux) s'accompagne nécessairement de la restauration des états psychiques.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

LXII.— **Note sur la terminologie et la classification psychiatriques** ; par M. Thomas DRAPES. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1906.)

L'observation que nous avons faite sur plusieurs travaux du même genre, quelle que soit leur importance, s'applique également à celui-ci : tous échappent à l'analyse. R. M. C.

LXIII. — **Sur quelques rapports entre l'aphasie et les maladies mentales** ; par M. SYDNEY J. COLE. (*The Journal of mental Science*, janvier 1906.)

Ce n'est pas d'aujourd'hui que l'on a pensé que l'étude de l'aphasie pourrait peut-être nous conduire à une connaissance plus approfondie des maladies mentales, et Wernicke en particulier a signalé l'importance des aphasies dites transcorticales considérées comme lien entre les aphasies et les maladies mentales ; l'auteur rappelle ensuite les travaux de Lichtheim, et attire particulièrement l'attention sur l'*écholalie* signalée par Lichtheim comme pathognomonique de l'état dont il s'agit. Il faut rappeler ici que l'écholalie n'a pas toujours été considérée par elle-même comme un symptôme aphasique : elle se rencontre en effet dans d'autres états mentaux où l'aphasie n'est pas signalée. L'écholalie comporte des degrés et aussi des formes différentes. Arnaud a essayé d'en décrire six formes, mais elles se confondent facilement les unes dans les autres,ce qui diminue la valeur de la classification: elle peut être passagère, notamment dans les empoisonnements par l'alcool et le chloroforme, et aussi, ce qui est plus intéressant, dans la ré-évolution consécutive aux crises d'épilepsie ; on la trouve aussi dans les états confusionnels épileptiques, sans que ceux-ci puissent être nettement rattachés aux attaques (Raecke) et l'auteur relate un cas dans lequel elle survint pendant des attaques Jacksoniennes.

Dans beaucoup de cas de folie aiguë à forme confusionnelle, on

constate, pendant de courtes périodes, des degrés moins accusés d'écholalie, mais il semble que ce soit toujours dans des cas où l'intelligence du langage parlé est défectueuse.

Si l'on passe aux cas d'écholalie s'accompagnant d'aphasie transcorticale sensorielle, on voit qu'elle se rencontre quelquefois dans les cas de lésions massives, surtout au voisinage du lobe temporal gauche ; mais souvent aussi dans des cas qui ne présentent aucune lésion de ce genre et qui sont tout simplement des cas de démence sénile, avec atrophie et dégénérescence artérielles très accusées. L'auteur rapporte ici plusieurs observations.

Les cas d'écholalie les plus difficiles à interpréter sont ceux qui accompagnent la manie grave, à début précoce et présentant à leur période initiale des symptômes de folie aiguë.

Plusieurs de ces cas paraissent répondre à la description de la démence précoce ; et ce serait surtout dans la forme katatonique que se rencontrerait l'écholalie (Kraepelin). Son apparition est le plus ordinairement tardive et coïncide alors avec une démence profonde, une inintelligence marquée du langage parlé et de l'incohérence paraphasique. Le diagnostic de katatonie ne paraît avoir ici aucune signification étiologique. L'auteur rapporte ici une très longue observation.

Comment se produit l'écholalie ? Pick interprète la conservation du langage imitatif chez certains déments aphasiques dans le sens de la doctrine de l'évolution et de la dissolution de Hughlings Jackson.

En effet, chez l'enfant, les premières acquisitions du langage (association des mots et des choses) se font par imitation : ce sont les plus simples et aussi les plus résistantes. Les autres associations, se rapportant à la signification des mots, sont complexes, mal définies, variables et beaucoup plus accessibles à la dissolution.

L'auteur termine par diverses considérations se rapportant aux cas rapportés dans le mémoire. R. DE MUSGRAVE CLAY.

LXIV. — **Lipomes multiples dans la paralysie générale** ; par M. Conolly NORMAN. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1906.)

Il s'agit d'un cas de paralysie générale qui présentait quelques particularités intéressantes, notamment le caractère très accentué des crises douloureuses au début, ce qui est inusité, ensuite la tendance au suicide, qui n'est pas exceptionnelle, mais qui est beaucoup moins fréquente qu'on ne le dit généralement, enfin la crainte délirante d'une infidélité conjugale. Mais le point qui attire ici le plus l'attention est la présence chez ce malade de lipômes multiples, fait qui n'a été, à la connaissance de l'auteur, signalé par aucun auteur anglais, et qui n'est signalé que dans l'ouvrage de Magnan et Sérieux, et dans un travail de Zargowla (*Annales médico-psychologiques de* 1891). Du fait actuel, l'auteur en rapproche un

autre, qu'il doit à l'obligeance du Dr Travers Smith ; ce second malade portait un certain nombre de petites tumeurs sous-cutanées, non douloureuses et paraissant être des lipômes ; mais ici le diagnostic est demeuré douteux en ce qui touche la paralysie générale. R. de MUSGRAVE CLAY.

LXV. — **Le pronostic de la démence paralytique** ; par M. Georges GREENE. (*The Journal of mental Science*, avril 1906.)

L'auteur se propose d'étudier dans l'ordre suivant les différents points qui touchent à son sujet : 1° variations dans la marche de la maladie aux différentes périodes de la vie ; 2° influence du sexe ; 3° effets de l'alcool ; 4° variations dans la marche de la maladie suivant les états mentaux concomitants; 3° renseignements fournis par l'examen du fond de l'œil, des pupilles et des réflexes pupillaires ; 6° effet des convulsions épileptiformes ; 7° pronostic chez les dégénérés comparés aux sujets d'un développement supérieur ; 8° caractères spéciaux des cas juvéniles ; 9° caractères spéciaux dans l'association avec le tabes dorsalis ; 10° les types de malades chez lesquels surviennent des rémissions.

De son étude ainsi poursuivie, il a été amené à tirer les conclusions suivantes.

La principale indication favorable au point de vue de la possibilité des rémissions,consiste en la présence de la mélancolie, des hallucinations de l'ouie,de pupilles égales répondant à la lumière et de l'ivrognerie récente, mais il semble qu'il reste peu de chances de guérison passagère si après une période qui dépasse six mois on ne constate aucune amélioration.

a) La possibilité de survie existe surtout chez les jeunes sujets ; de 15 à 35 ans la durée de la maladie va régulièrement en diminuant ; de 35 à 40 ans on constate les formes les plus aiguës, et après ce dernier âge, la durée augmente, mais pour fléchir de nouveau quand la vieillesse approche. *b*) Les femmes vivent presque deux fois aussi longtemps que les hommes.

c) La marche de la maladie est ordinairement favorable dans les cas où l'alcoolisme est d'acquisition récente; *d*) l'apparition précoce de la démence est un signe très défavorable. Peu de mélancoliques survivent au-delà d'un an. S'il y a de la manie et de l'exaltation des idées,la marche est variable ; la présence d'idées fixes et de délire systématisé indique ordinairement que le cours de la maladie sera prolongé ; *e*) l'insensibilité des pupilles à la lumière, la lenteur de leurs réactions, leur alternance rapide sont autant de signes défavorables. Leur réaction normale à la lumière et l'apparition précoce de l'atrophie du nerf optique,sont des symptômes favorables au point de vue de la durée de la maladie ; *f*) les convulsions épileptiformes n'ont qu'une influence générale faible ou nulle sur la durée; *g*) les dégénérés vivent plus longtemps que les sujets à organisa-

tion supérieure ; *h*) chez les sujets jeunes la maladie suit une marche longue et chronique pour aboutir d'une façon régulièrement progressive à la démence ; *i*) l'association d'un début de tabes à un début de paralysie générale indique que le cours de cette dernière maladie sera prolongé. R. DE MUSGRAVE CLAY.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

XXIII. — **Industrie et alcoolisme** ; par M. W. C. SULLIVAN. (*The Journal of mental Science*, juillet 1906.)

L'auteur rappelle que, dans un précédent travail, il s'est attaché à distinguer deux formes d'alcoolisme, l'alcoolisme qu'il appelle convivial, et qui de sa nature est plutôt accidentel, et l'alcoolisme ouvrier, qui plus habituel, ou même tout à fait habituel est considéré par celui qui le pratique comme un adjuvant du travail. Chez la plupart des sujets, l'alcool à doses modérées agit en effet comme un véritable stimulant psycho-moteur augmentant considérablement le développement du travail musculaire ; mais cette action stimulante est courte et ordinairement suivie d'un phase de dépression qui dépasse sensiblement la stimulation initiale; en outre l'action de l'alcool sur les fonctions sensorielles est invariablement déprimante; il diminue l'acuité des sensations et la rapidité des perceptions. Il faut donc pour que l'action, primitivement et en apparence utile de l'alcool se manifeste chez l'ouvrier, que son travail soit surtout un travail de force musculaire et que la dose d'alcool puisse être renouvelée fréquemment ; c'est alors que l'alcoolisme ouvrier devient fréquent il sera beaucoup plus rare chez un artisan exerçant un métier qui demande surtout de l'habileté et de l'adresse; et dans la pratique on sait qu'il en est le plus souvent ainsi.

On pourrait presque dire qu'il existe pour chaque métier ouvrier une forme traditionnelle d'alcoolisme, ayant pour base l'influence de l'alcool sur la capacité de travail nécessaire à l'ouvrier pour le bon exercice de son métier. Cette règle varie naturellement,suivant la facon spéciale dont chaque ouvrier se comporte organiquement vis-à-vis de l'alcool. Mais l'élément qui introduit le plus de variété dans les formes de l'alcoolisme ouvrier, c'est la facilité plus ou moins grande de se procurer de l'alcool pendant les heures de travail. C'est peut être par l'étude de ces considérations et par les indications qu'elles fournissent que l'on pourrait parvenir à restreindre l'alcoolisme ouvrier. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXIV. — **Un cas de tumeur cérébrale avec sommeil**; par MAILLARD et MILHIT. (*L'Encéphale*, 1906, n° 3.)

Dans cette observation, le sommeil fut le symptôme dominant, presque unique, puisqu'il faut lui rapporter les troubles de la sensibilité, des réflexes, de la parole, de la marche, qui cessaient d'exister si l'on parvenait à réveiller la malade de son sommeil invincible (car il s'agit bien ici d'un sommeil véritable et non d'un état comateux). Comme autres symptômes importants il y avait de la fatigue, de la céphalée et un notable degré d'obnubilation intellectuelle. La marche fut assez rapide, les derniers jours furent marqués par un maigrissement considérable et rapide (plus d'un kilogramme par jour.

A l'autopsie : pas d'œdème, pas de liquide céphalo-rachidien, une tumeur (glio-sarcome très vascularisé) dans le lobe temporo-sphénoïdal gauche. En raison de la diversité du siège des tumeurs cérébrales, il paraît impossible de rapporter le symptôme sommeil à l'altération d'un centre anatomique spécial ; de même que l'absence fréquente d'hypertension ne permet pas de le mettre sur le compte d'une compression générale de l'encéphale ; il est plus vraisemblable de l'attribuer à l'intoxication néoplasique.

F. TISSOT.

XXV. — **Un cas de maladie de Recklinghausen avec dystrophies multiples et prédominance unilatérale** ; par KLIPPEEL et MAILLARD. (*Nouv. Icon. de la Salp.*, 1906, n° 3.)

Observation d'un homme, dans les antécédents familiaux duquel on note le rhumatisme et des manifestations isolées de la neurofibromatose, rhumatisant lui-même, et qui présente deux catégories de troubles trophiques différenciés par leur origine embryologique : les uns symptomatiques de la maladie de Recklinghausen, d'origine ectodermique, les autres dépendants d'une dystrophie spéciale congénitale du tissu fibro-élastique, donc d'origine mésodermique. De la première il a les tumeurs sous-cutanées (névromes) et les nævi pigmentaires. De la deuxième, il a tout un ensemble de signes : luxation spontanée de l'épaule, glissement les téguments de la région scapulo-humérale, hernie du poumon, abaissement du foie, du testicule et des bourses. — Tous les troubles trophiques siègent du côté droit : or chez cet homme ce côté du corps est en état d'infériorité manifeste au point de vue dynamique : la force musculaire, la sensibilité générale, l'acuité visuelle et auditive y sont nettement diminuées (le malade est du reste gaucher) ; il en est de même au point de vue du développement général : asymétrie faciale, hypertrophie du sein et atrophie du testicule droit. Pour expliquer cette unitéralité dystrophique, il faut admettre en partie

l'influence du système nerveux central sur **le développement** ontogénique, se traduisant ici par l'infériorité fonctionnelle et nutritive de l'hémisphère gauche, contrairement à la règle générale.

Il y a donc lieu de distinguer de la maladie de Recklinghausen, une maladie plus complexe dans laquelle la trophicité est modifiée congénitalement à la fois dans les tissus qui dépendent du feuillet externe et dans ceux qui dépendent du feuillet moyen de l'embryon. F. Tissot.

XXVI. — **Iconographie de l'évolution d'un cas de maladie des tics**; par Roubinovitch. (*Nouv. Icon. de la Salp*, 1906, n° 3.)

L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que le malade a pu reproduire devant l'objectif photographique et dans l'ordre chronologique de leur apparition, les tics dont il est atteint depuis dix ans. Ce cas démontre que la seule volonté du tiqueur ne suffit pas toujours à la cure des tics. Employée sans méthode, sans direction, sans moyens adjuvants, cette volonté peut n'aboutir qu'à leur transformation ou à leur extension. F. T.

XXVII. — **Otite chronique purulente, abcès cérébelleux, épilepsie**; par le Dr Deroitte. (*Bull. de la Soc. de méd. ment.* de Belgique, juin 1906.)

Il s'agit d'un malade atteint depuis son enfance d'épilepsie et d'une otite chronique purulente et qui a succombé à 32 ans à un abcès du cervelet. Il semble bien que l'épilepsie était dans ce cas symptomatique, car quand l'écoulement de l'oreille, pour une cause quelconque, se tarissait, les accès convulsifs étaient fréquents et précédés de migraines violentes. Lorsqu'au contraire le pus s'écoulait librement, migraines et accès convulsifs disparaissaient ou étaient rares.

A l'autopsie on constata une suppuration des cellules mastoïdiennes, une atrophie du nerf auditif, et un abcès du lobe gauche du cervelet (substance blanche et grise) et quelques altérations dégénératives de la moelle. G. D.

XXVIII. — **La neurasthénie vraie et les syndromes neurasthéniformes**; par le Dr Crocq. (*Bulletin de la Soc. de médecine mentale* de Belgique, décembre 1906.)

L'auteur s'efforce de réagir, dans cette note, contre la doctrine qui fait de la neurasthénie un syndrome défini, doctrine utile peut-être pour marquer notre ignorance, mais qui conduit à des erreurs de diagnostic et de pronostic des plus regrettables.

D'après M. Crocq les états neurasthéniques comprennent trois choses bien distinctes : 1° la neurasthénie vraie, maladie autonome et curable, qui n'exige pas un terrain héréditairement ou consti-

tutionnellement prédisposé et qui reconnaît comme causes : le surmenage intellectuel et physique, les intoxications auto-intoxications, et toxi-infections, les chagrins prolongés, les traumatismes, etc.

2° Les états neurasthéniformes constitutionnels indélébiles et incurables (neurasthénie héréditaire ou constitutionnelle de Charcot), qui seraient en réalité des stigmates de la dégénérescence mentale.

3° Les syndromes neurasthéniformes accompagnant ou précédant certaines maladies organiques (tabes, démence précoce, paralysie générale, etc.) Le pronostic se confond naturellement avec celui des affections sus-indiquées. G. DENY.

ASILES D'ALIÉNÉS

I. — **Sur quelques aspects de la question des aliénés coloniaux**; par le Dr A. MARIE. (*Bull. de la Société de méd. mentale* de Belgique, 1905, n° 124.)

L'auteur établit dans ce travail que deux pays seulement ont constitué jusqu'à présent une assistance méthodique de leurs aliénés coloniaux : l'Angleterre et la Hollande. Il relate en outre un certain nombre de détails intéressants sur le fonctionnement de l'asile réorganisé d'Abatrich au Caire et insiste d'une façon particulière sur les conditions défectueuses dans lesquelles se trouvent placés les aliénés de nos colonies africaines ou asiatiques que, faute d'établissements spéciaux où ils puissent être soignés, on est obligé de rapatrier le plus souvent avec beaucoup de difficultés dans les asiles du midi de la France. G. D.

II — **Les gardes-malades mentales (ou dressées au service des asiles) ; leur situation et leur enregistrement**; par T. OUTTERSON WOOD. (*The Journal of mental Science*, avril 1906.)

Travail concernant des questions d'administration intérieure des asiles. R. M. C.

III — **Le personnel de gardes-malades à l'asile Métropolitain de Leavesden ; notes sur un projet de promotion**; par Frank ASHBY ELKINS. (*The Journal of mental Science*, avril 1906.)
Même observation. R. M. C.

IV. — **La colonie épileptique Daniel Lewens, à Manchester**; par M. Alcan Mac Dougall. (*The Journal of mental Science*, janvier 1906.)

Nous ne pouvons pas suivre l'auteur, et nous le regrettons, dans la description très détaillée des aménagements et des règlements intérieurs de cette colonie qui reçoit, des malades (hommes, femmes et enfants) de toutes les classes de la Société, et peut actuellement recevoir deux cents personnes. R. M. C.

V.— **Nécessité de l'intervention de l'Etat au profit des imbéciles**; par M. F. E. Rainsford. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1906.)

Le titre de ce travail en résume la pensée ; l'auteur étudie en détail le mécanisme possible de cette protection.

R. M. C.

VI. — **Sur l'étiologie de la dysenterie des asiles**; par M. W. Bernard Knobel. (*The Journal of mental Science*, avril 1906.)

Ce très intéressant travail, très documenté et accompagné de graphiques se termine par les conclusions suivantes :

La dysenterie en Angleterre est presque entièrement confinée dans les asiles d'aliénés. Elle ne se rencontre que rarement dans les autres grands établissements (prisons, workhouses.) L'accroissement des précautions prises durant les dernières années n'a déterminé aucune influence appréciable sur la mortalité causée par cette maladie. Il y a de fortes preuves en faveur de l'opinion suivant laquelle ce n'est pas un seul micro-organisme, mais plusieurs, qui, soit isolément, soit par infection mixte, peuvent donner naissance à la dysenterie.

Les mouvements du sous-sol au voisinage d'un asile d'aliénés sont très susceptibles d'être suivis d'une apparition de la dysenterie dans cet asile. Les preuves déduites du rapport qui existe entre l'inhalation des effluves du sevrage et la dysenterie, plaident énergiquement en faveur de la théorie suivant laquelle la dysenterie des asiles peut être causée par un micro-organisme qui habite normalement le colon et qui devient pathogène lorsque le pouvoir de résistance des tissus est suffisamment abaissé. L'apparition de la dysenterie chez les membres du personnel des asiles est probablement due, soit à une infection par une forme virulente de quelque micro-organisme très répandu, soit à un micro-organisme du colon devenu pathogène, par suite d'un abaissement de l'immunité dû à la respiration fréquente d'une atmosphère imprégné d'odeurs fécales.

Il y a de fortes preuves en faveur de la théorie suivant laquelle chez les aliénés, la vitalité et le pouvoir de résistance à l'infection de tous les tissus sont diminués par suite de l'altération du système

nerveux trophique. La dysenterie trouve un terrain particulièrement favorable chez les aliénés par suite de la détérioration des cellules nerveuses qui modifie les fonctions nerveuses trophiques du colon. Elle apparaît beaucoup moins facilement dans les cas de folie congénitale et chez les sujets dont la maladie mentale demeure stationnaire. Les arguments fournis par la statistique sont absolument contraires à l'opinion suivant laquelle la dysenterie se propagerait par le transfert d'une salle à une autre des malades guéris. R. DE MUSGRAVE CLAY.

VII.— **Sur quelques points concernant la tuberculose dans les asiles**; par W. F. MENZIES. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1905,)

Non seulement la tuberculose trouve dans les asiles un terrain tout préparé à favoriser ses ravages, mais au point de vue du pronostic des maladies mentales, il est certain qu'elle active d'une manière très appréciable la marche des cas aigus, surtout chez les adolescents: il est donc nécessaire de ne jamais désarmer vis à-vis d'elle.

L'auteur indique les moyens qui lui paraissent les plus utiles pour combattre efficacement la maladie et qui sont relatifs d'abord à l'examen du malade et à la constatation de son état bacillaire à son entrée, et ensuite aux mesures intérieures propres à empêcher la propagation de la maladie. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XIII. — **Notes sur la tuberculose dans les asiles**; par M. Georges GREENE. (*The Journal of mental Science*, janvier 1906.)

On peut noter au passage dans ce travail plusieurs données intéressantes;on a soutenu que la mortalité par tuberculose dans les asiles était considérable, et cela est assurément vrai pour l'Irlande où cette mortalité atteint 30 °/₀ ; mais dans les asiles d'Angleterre elle ne dépasse pas le pourcentage qu'elle présente dans la population générale. Chez les aliénés, la mort par tuberculose est relativement et absolument plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, différence qui pourrait s'expliquer par ce fait que chez les hommes la paralysie générale, où la phtisie est rare, est la cause d'un quart environ des décès. Un grand nombre des malades qui meurent de tuberculose à l'asile étaient déjà tuberculeux quand ils y sont entrés. Les symptômes cliniques et les signes physiques de la tuberculose pulmonaire diffèrent chez l'aliéné de ce qu'ils sont chez le malade ordinaire par des caractères importants ; il faut donc une certaine expérience pour les découvrir et les interpréter. L'amaigrissement et les modifications de l'état mental sont des signes d'une grande importance;la fièvre est plus commune qu'on ne le dit généralement ; elle est inconstante et irrégulière dans les périodes de début ; la toux est rare le jour, plus commune la nuit

et le matin : l'expectoration est peu fréquente (les crachats étant le plus souvent avalés) ; l'hémoptysie est rare. La diarrhée est un signe incertain. En examinant un aliéné au point de vue de la tuberculose, il faut le considérer dans son ensemble, plutôt que de s'arrêter avec complaisance à la présence ou à l'absence de certains signes ou symptômes. R. DE MUSGRAVE CLAY.

IX. — **Sur les aménagements appropriés qu'il conviendrait de fournir aux différentes formes de folie** : par John MILSOM RHODES (*The Journal of mental Science*, octobre 1905.)

Suivant l'auteur, il faut, au point de vue des aménagements qui leur sont nécessaires, diviser les aliénés en quatre groupes : 1° les cas d'hôpital (infirmerie). 2° les cas chroniques dangereux ; 3° les cas chroniques inoffensifs et capables de travailler ; 4° les cas chroniques inoffensifs et incapables de travailler. R. M. C.

X. — **Les tableaux statistiques**; par CHARLES A. MERCIER. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1904.)

Etude critique de la forme usuelle des tableaux statistiques en matière d'aliénation mentale et proposition d'une classification nouvelle. R. M. C.

XII. — **Courte histoire de l'hôpital Saint-Luc** ; par WILLIAM RAWES. (*The Journal of Mental Science*, Janvier 1904.)

Etude intéressante mais trop détaillée pour être utilement résumée. R. M. C.

XIII. — **Description d'une addition à l'hôpital de Cheadle** : par JOHN SUTCLIFF. (*The Journal of Mental Science*, avril 1904.)

Nous ne pouvons que mentionner ici ce travail qui en effet est purement descriptif. R. M. C.

XIV. — **Causerie à propos de Gheel**; par CONOLLY NORMAN. (*The Journal of Mental Science*, Janvier 1904.)

Causerie variée et intéressante sur la célèbre colonie : nous ne pouvons ici qu'en recommander la lecture. R. M. C

XV. — **Imbécillité mongolienne** ; par C. H. FENNELL. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1904.)

Ce type, assez commun en Angleterre, se rencontre surtout dans les institutions spéciales et à la consultation des hôpitaux d'enfants. La littérature du sujet est maigre, et les descriptions du type peu uniformes, peut-être parce que l'on s'entend assez mal sur le degré de déviation des autres types d'imbécillité qui constitue le type mongolien. L'auteur a examiné 21 échantillons bien caractérisés de ce type, et il donne de l'imbécillité mongolienne la défi-

ition suivante : un arrêt intra-utérin du développement physique et mental, caractérisé par de la brachycéphalie, par une tendance des tissus aux inflammations atones et chroniques et par les particularités mentales caractéristiques. L'obliquité de bas en haut des fentes palpébrales, le nez court et large, les paupières ouvertes en avant sont des caractères fréquents et de valeur. La blépharite est commune, ainsi que le strabisme double convergent et le strabisme simple. Les joues sont molles et bouffies, et il est usuel d'observer une rougeur allant de l'os malaire à la mâchoire inférieure et contrastant avec la coloration du reste du visage. Les fissures transversales ou irrégulières de la langue, l'hypertrophie des papilles sont des signes si fréquents qu'on serait tenté de les considérer comme pathognomoniques. Les modifications de la voûte palatine sont à peu près constantes, mais pareilles à celles que l'on observe chez les autres types d'imbéciles.

Le type mongolien paraît spécialement prédisposé au rachitisme. La circulation est souvent défectueuse (engelures), les malformations congénitales du cœur sont fréquentes. L'auteur n'a pas constaté (au contraire) la diminution ni l'abolition des réflexes profonds qui ont été signalés. Au point de vue mental il n'a pas constaté que l'imbécillité atteignît un degré très élevé; mais les aptitudes à être éduqué restent-elles aussi très peu élevées, et les progrès sont lents et peu accusés, surtout en lecture et en calcul. Quoiqu'on en ait dit,il est malaisé de leur enseigner la propreté. En somme le mongolien est un enfant qui promet beaucoup, mais qui tient peu et le pronostic en ce qui touche la mentalité doit toujours demeurer très réservé. R. DE MUSGRAVE CLAY

XVII.— **Placement familial des vieillards et des infirmes;** par CARNOT. (*Bulletin médical*, n° 40, 1906.)

XVIII.—**Sur l'emploi des cartes de mise en garde dans les asiles**, par J. MARNA. (*The Journal of Mental Science*, avril 1904.)

Ces fiches sont destinées à mettre le personnel en garde afin qu'il surveille d'une manière toute spéciale les aliénés qui ont des tendances au suicide; elles sont particulièrement utiles dans les grands asiles et lors des changements de quartier de certains aliénés. R. M. C.

IX. — **La surveillance des aliénés sortant des asiles sans famille et sans amis telle qu'elle est établie par la procédure conditionnelle écossaise** ; par J. CARLYLE JOHNSTONE. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1904).

Examen critique de ces mesures faisant ressortir leurs avantages et éventuellement leurs lacunes ou leurs inconvénients

XX. — **Sur la possibilité de diminuer le nombre des aliénés par voie législative** ; par M. W. Y. NOLAN. (*The Journal of mental Science*, octobre 1906.)

L'auteur ne se dissimule pas que beaucoup des causes de l'aliénation mentale échappent nécessairement à l'influence de la législation ; mais il pense néanmoins que la loi ne serait pas impuissante à restreindre le nombre des aliénés, et il indique comme capables d'atteindre ce but les mesures suivantes : une meilleure éducation physique et mentale des enfants ; l'enseignement aux adolescents des lois psychologiques ; la réglementation par l'Etat de la prostitution ; l'application de lois sévères sur la tempérance; l'enregistrement des incapables mentaux ; l'interdiction des mariages précoces et consanguins et des mariages des sujets dont la santé mentale est atteinte ; la création d'un ministère de la santé publique qui donnerait aux maladies mentales l'attention qu'elles méritent ; l'organisation d'un laboratoire d'Etat en vue des recherches de pathologie mentale. R. DE MURGRAVE CLAY.

XXI. — **La loi sur l'assistance des aliénés, son histoire et ses résultats ; par le Dr** MEEUS. (*Bulletin de la Soc. de médecine mentale de Belgique*, décembre 1906).

Après un exposé historique et critique du régime des aliénés en Belgique, l'auteur proclame la nécessité de procéder à une réorganisation complète de l'assistance de ces malades.

Deux catégories seulement d'aliénés doivent être désormais internés, c'est-à-dire placés dans des établissements fermés : les curables et les dangereux.

Les incurables inoffensifs qui encombrent actuellement les asiles devraient être placés, à frais moins élevés, soit chez eux, soit dans une colonie familiale.

Tout médecin qui délivre un certificat d'aliénation mentale devrait être à même de juger du traitement provisoire qui convient dans chaque cas et son avis devrait être motivé dans le bulletin de collocation. Le médecin d'asile, à son tour, devrait se spécialiser dans sa besogne, être indépendant du propriétaire-directeur et avoir un traitement fixe. Dans ces conditions d'autonomie et de stabilité professionnelles, il classerait lui-même ses malades suivant les besoins et les aptitudes de chacun. Il lui appartiendrait en outre de désigner après observation suffisante les malades qui ressortissent du régime de l'asile et ceux qui doivent être placés dans les familles. C'est à lui également qu'il appartiendrait de déclarer quels sont les malades valides qui rendent des services suffisamment rénumérateurs pour diminuer leurs frais d'entretien et quels sont les incurables qui exi-

gent des soins plus spéciaux et par conséquent une journée d'entretien plus élevée.

Il conviendrait aussi d'organiser sur de nouvelles bases l'inspection des asiles et enfin les députations permanentes, devraient veiller à la stricte observation des lois et des règlements.

G. DENY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 7 février 1907. — PRÉSIDENCE DE M. BABINSKI.

Communication de M. BABINSKI sur deux cas de *signe d'Argyll-Robertson sans lymphocytose du liquide céphalo-rachidien,* et qui s'ajoutent aux cas déjà relevés de tabes sans lymphocytose.

Présentation par MM. RAYMOND et OPPERT d'un homme de 32 ans, tabétique, qui présente peut-être, en plus de ses lésions postérieures, une *méningo-radiculite antérieure* ; il existe en effet dans le territoire des deux dernières lombaires et de la première sacrée des troubles moteurs à type radiculaire. Ils ont noté la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

Poliomyélite d'origine traumatique.

MM. OPPERT et SCHMIERGELD présentent un sujet de 23 ans, peintre, atteint, à la suite d'une chute, de paraplégie avec atrophie et dégénérescence accentuée surtout au membre inférieur droit ; il n'y a pas de troubles de la sensibilité, pas de troubles sphinctériens, pas de fièvre ni d'infection, pas de lymphocytose céphalo-rachidienne. La syphilis est peu probable et le diagnostic se pose entre le saturnisme et une poliomyélite d'origine traumatique.

Syndrome incomplet de paralysie pseudo-bulbaire.

M. H. LAMY présente deux observations de sujets âgés, artérioscléreux, ayant fait sans doute un petit foyer unilatéral du noyau lenticulaire et occasionnel du syndrome bulbaire incomplet qu'ils présentent ; il y a en effet absence de paralysie du côté des membres, parésie du facial inférieur droit seulement, avec intégrité du peaucier et disproportion entre les troubles fonctionnels accentués et les signes vagues de paralysie glosso-labio-laryngée.

Pathogénie du tremblement mercuriel.

Présentation par MM. GUILLAIN et LAROCHE de deux sujets âgés, anciens doreurs sur métaux, ayant quitté le métier depuis trente ans et présentant encore du tremblement mercuriel. Ils ajoutent que, dans certains cas analogues, on a trouvé de la lymphocytose avec des traces de mercure dans le liquide céphalo-rachidien ; d'après eux le tremblement mercuriel ne serait pas d'origine hystérique, mais analogue à celui de la sclérose en plaques. il aurait son origine dans des lésions cérébelleuses.

Les mêmes auteurs présentent aussi un ancien hémiplégique syphilitique ayant présenté quatre ans après des phénomènes tabétiques actuellement en voie d'évolution.

Opothérapie hypophysaire.

MM. LÉOPOLD LÉVY et H. DE ROTSCHILD présentent trois petits malades, dont deux idiots et un atteint de maladie de Little, très améliorés par l'opothérapie hypophysaire ; ce traitement n'est pas toxique. L'opothérapie hypophysaire et ovarienne a donné des résultats analogues à MM. A. DELILLE et C. VINCENT chez un sujet de 21 ans atteint de myasthénie bulbo-spinale.

M. SICARD a usé avec succès de l'opothérapie thymique.

Paraplégie et paralysie infantile.

M. CROUZON présente un malade âgé de 40 ans, atteint jadis de paralysie spinale infantile et qui présente des crises de paralysie passagère depuis l'âge de 18 ans. Il rapproche ces crises spinales de celles qu'ont discutées MM. Ballet et Dutil.

Amyotrophie juvénile progressive.

Constatée par MM. LEJONNE et F. ROSE sur un malade âgé de quinze ans, avec troubles des réactions électriques, exagération des réflexes sans trouble de la sensibilité ; ils posent la question d'une forme atypique d'atrophie du type Charcot-Marie.

MM. CLAUDE et F. ROSE présentent une hystérique qui a des *crises convulsives avec hématémèses abondantes*, et un cas de *néoplasme cérébral* ayant débuté par une hémorragie, précédée elle-même d'une hémianopsie comme unique symptôme, et suivie du syndrome thalamique avec hémiplégie.

M. CLAUDE rapporte aussi le cas d'une épileptique dont l'aura consiste en une sensation de fausse reconnaissance des objets environnants.

Hémiplégie avec atrophie croisée du cervelet.

Observation présentée par M. THOMAS d'un vieillard hémiplégique du côté gauche avec lésions cérébrales du côté droit,

mais atrophie des lobes quadrilatères du cervelet du côté gauche ; l'examen histologique des lésions est rapporté.

Ophtalmoplégie nucléaire chez un tabétique.

Observation rapportée par MM. GRENET et TANON.

Séance du 7 mars 1907. — PRÉSIDENCE DE M. BABINSKI.

Poliencéphalite : ophtalmoplégie et paralysie bilatérale de la branche motrice du trijumeau.

M. H. LAMY, présente une femme atteinte d'ophtalmoplégie double avec facies d'Hutchinson et paralysie bilatérale avec atrophie des masticateurs ; la constatation de l'abolition du réflexe patellaire et du signe d'Argyll font diagnostiquer un début de tabes; l'ophtalmoplégie double n'est pas rare au cours de cette affection, mais la paralysie dans la sphère motrice du trijumeau est exceptionnelle.

M. SOUQUES a vu récemment un cas analogue avec ophtalmoplégie externe bilatérale et paralysie du voile du palais.

Contribution au traitement thyroïdien des enfants arriérés.

MM. Léopold LÉVI et H. de ROTSCHILD présentent trois *enfants arriérés* considérablement améliorés par ce traitement ; complètement inéducables ils avaient dû quitter l'école ; soumis à l'opothérapie thyroïdienne (cachet d'extrait total de 10 centigr.), ils ont présenté une diminution très prononcée du bégaiement, de l'apathie et de tous les symptômes d'hypothyroïdie qu'on retrouve si fréquemment dans les cas d'arriération mentale. Il convient d'insister particulièrement sur l'importance, au point de vue pédagogique, de ce traitement thyroïdien dans le cas de bégaiement.

Epuisement rapide de la sensibilité au contact et à la pression.

M. MAX-EGGER présente un travail fait dans le service du prof. Raymond ; après avoir trouvé chez les sujets atteints de maladie de Friedreich diverses altérations de la sensibilité à la vibration, il a fait des recherches analogues au point de vue de la sensibilité au contact et à la pression : la plupart des malades observés ont présenté un épuisement rapide ; ces troubles, qui affectent une topographie radiculaire, sont assurément l'expression d'un défaut de fonctionnement du cordon postérieur.

Paralysie faciale récidivante.

MM. HUET et LEJONNE, présentent un malade de 12 ans 1/2 atteint pour la troisième fois en quatre ans de paralysie faciale du côté gauche. Les circonstances qui entourent la pathogénie de ces récidives semblent prouver l'origine réelle infectieuse de la

plupart des paralysies faciales dites a *frigore*, théorie confirmée par les recherches anatomiques de M. Déjérine.

Traitement des névralgies du trijumeau par les injections profondes d'alcool.

MM. Brissaud, Sicard et Tanon, ont obtenu des résultats encourageants par leur méthode dont la technique opératoire est le perfectionnement de celle de MM. Lévy et Beaudouin.

Un cas de maladie de Dercum.

MM. Crouzon et Marcel Nathan lisent une note sur une malade atteinte de cette affection caractérisée par l'adipose des membres inférieurs, dite en *culotte de zouave* et la douleur provoquée par la palpation. Les troubles psychiques sont ici assez atténués.

Hérédo-ataxie cérébelleuse précoce.

MM. Variot et Bonniot présentent une enfant de douze ans et demi atteinte de cette affection, avec des troubles auditifs intenses laissant supposer une lésion profonde des noyaux auditifs accompagnant la dégénérescence de la partie postéro-latérale du bulbe.

Polynévrite apoplectiforme avec association probable de poliomyélite.

MM. H. Claude et Chartier, lisent l'observation d'une malade de 17 ans frappée soudainement, après quelques jours d'état fébrile, de paralysie totale avec douleurs violentes ; il en reste actuellement une atrophie musculaire des quatre membres: les auteurs posent le diagnostic de polynévrite associée peut-être à de la poliomyélite.

Atrophie optique chez les hydrocéphales.

Présentation de pièces par M. Rochon-Duvignaud.

Sitiomanie symptôme de psychose périodique.

M. Gilbert Ballet apporte une observation à l'appui de deux cas où il a cherché à prouver que la sitiomanie est une forme de psychose intermittente, en particulier de mélancolie, plutôt qu'une impulsion. M. Dupré croit à une simple association.

Un cas de tabes trophique.

M. Gilbert lit l'observation d'un cas de tabes du service de M. Oulmont ayant débuté par une double fracture spontanée du calcanéum.

Vaso et thermo asymétrie ; dissociation syringomyélique de la sensibilité dans deux cas de lésion pédonculaire et protubérantielle.

MM. Souques et Cl. Vincent, rapportent deux cas sur cette question.

Un signe de paralysie organique du membre inférieur.

M. GRASSET (de Montpellier) fait une communication sur ce point : il s'agit de la possibilité de soulever isolément le membre paralysé avec impossibilité de soulever simultanément les deux membres.

Neurofibromatose périphérique et centrale.

Communication de M. ROUX (de Saint-Etienne).

M. GILBERT BALLET apporte un addendum à la séance du 7 janvier ; il s'agit d'un syndrome, caractérisé par des troubles myotoniques de la musculature des yeux, de la langue et des membres supérieurs survenus chez deux malades dont il fait la présentation.

J. ROLET.

BIBLIOGRAPHIE

X. — *Les fibres myéliniques du cortex de l'homme*, d'après le récent atlas du Dr Th. KAES, de Hambourg (1).

De tous les éléments anatomiques que le pathologiste a à considérer dans l'écorce cérébrale, les fibres myéliniques sont certainement ceux dont l'examen méthodique est capable de fournir les résultats les plus précis et les plus justement comparables entre eux. On ne peut méconnaître les progrès accomplis pendant ces dernières années dans l'étude du cytosome des cellules nerveuses, des fibres amyéliniques axiles et dentritiques, de la névroglie et des éléments conjonctifs du cortex, mais l'interprétation des lésions qu'ils peuvent présenter est particulièrement délicate ; ces lésions sont en effet multiples et les manipulations techniques, voire même les altérations spontanées, ont sur elles une influence beaucoup plus considérable que sur celles des fibres myéliniques.

Il est vrai que pour ces dernières la technique à suivre n'est pas sans présenter mainte difficulté, surtout si l'on vise à mettre en évidence les fibres de tous calibres réparties de la surface à la profondeur dans plusieurs régions de l'écorce, chez un même sujet, et, plus encore, si l'on veut avoir des résultats comparables

(1) *Die Grosshirnrinde des Menschen in ihren Massen und in ihrem Fasergehalt*, par Th. KAES, Atlas de 79 planches avec courbes et figures schématiques, accompagné d'un volume de texte et de tableaux. Edité par Gustave FISCHER, Iéna. 1907.

pour des cerveaux d'âges différents : l'affinité de la myéline pour l'hématoxyline, la résistance aux agents de différenciation varient pour chaque système, et même pour chaque région : seule une longue pratique permet d'adapter à ces multiples conditions naturelles les manœuvres de décoloration les mieux appropriées.

Quant aux difficultés qui surgissent une fois les préparations obtenues, elles sont peut-être encore plus nombreuses malgré la simplicité relative des lésions : celles-ci se réduisent à peu près à la raréfaction ou à la disparition partielle ou générale de certains systèmes tangentiels bien définis et des fibres situés dans leurs intervalles. Mais la richesse et l'épaisseur de ces systèmes varient considérablement pour chaque région ; elles changent aussi suivant l'âge, quelque peu suivant la race. Enfin et sur tout surviennent les variations individuelles, si étendues que, si l'on s'en tient à l'examen d'un petit nombre de cas, il peut fort bien arriver qu'elles masquent ou défigurent complètement les variations d'autre ordre : celles-ci n'ont pu, en effet, être mises hors de toute contestation que grâce à la comparaison d'un très grand nombre de cerveaux.

Le Dr Kaes, dont les travaux, joints à ceux de ses élèves (Brückmann, etc.) ont répandu la plupart des données certaines que possède aujourd'hui la science sur les différentes questions envisagées ici, vient de condenser ses recherches antérieures dans une importante publication, en les confirmant et les complétant par l'examen d'un grand nombre de cas nouveaux. Son ouvrage, de tous points remarquable, ne peut manquer de servir de point de départ aux recherches ultérieures, tant à cause du grand nombre de matériaux dont il contient la critique et la synthèse, que par les conclusions que l'auteur a su en tirer et dont plusieurs sont déjà universellement considérées comme de véritables lois. L'anatomo-pathologiste y trouvera en nombre largement suffisant les éléments de comparaison nécessaires à une interprétation juste de l'aspect des fibres mises en évidence.

Un programme invariable, établi depuis longtemps déjà par les recherches préliminaires de l'auteur, guida l'examen de toutes les pièces, et l'exposé des résultats obtenus : division du cortex en un certain nombre de régions dans l'étendue de chacune desquelles les fibres myéliniques n'offrent que des variations légères et que l'expérience a démontrées avoir des limites constantes et relativement bien marquées, quoique toujours moins précises que celles des territoires cytoarchitectoniques ; — application à chaque région de la technique appropriée ; — mensuration sur un grand nombre de coupes pratiquées dans chaque région des différentes couches de fibre, et de l'épaisseur totale de l'écorce dans les portions superficielles et latérales des circonvolutions et

dans le fond des sillons ; moyenne de ces mensurations et des numérations des faisceaux des radiations médullaires.

La *topographie en surface* fut ainsi fixée : 12 régions : frontale antérieure, fr. post. ; Fa. Pa ; opercule, insula ; régions temporale antérieure, temp. post. ; pariétale supérieure, par. inférieure ; région occipitale, écorce visuelle ; gyrus fornicatus.

Pour la *topographie en profondeur*, l'auteur adopta un type moyen, facilement applicable à toute les variations locales et représenté dans une figure schématique.

Système superficiel :

Couche sans fibres.

C. zonale.

C. pauci-cellulaire.

C. correspondant à *c.* II et *c.* III de Meynert.

Système profond :

Strie externe de Baillarger.

C. intermédiaire.

Strie interne de Baillarger.

Fibres d'association du système profond.

Fibres arquées de Meynert ou fibræ propriæ.

Faisceaux radiaires de projection.

L'examen porta sur les deux hémisphères de 41 sujets ayant de 3 mois à 97 ans, indemnes de lésion cérébrale, pour lesquels l'auteur a soin de donner les renseignements utiles (poids des différentes parties de l'encéphale, cause de la mort, sexe, race, profession, état mental etc.). La méthode employée fut celle de Weigert, « méthode parvenue à un haut degré de perfection et qui, bien employée, donne des résultats absolument positifs et réguliers », modifiée par l'auteur en 1902.

De nombreux tableaux, accompagnés d'un texte explicatif qui en fait ressortir les points saillants, donnent sous diverses formes le résultat de toutes les opérations effectuées : épaisseurs moyennes de chaque système de fibres et de l'écorce (face superficielle, faces latérales des circonvolutions, fond des sillons), nombre moyen des faisceaux de projection pour toute la face externe de chaque hémisphère de chaque sujet (tableau 2) : — mêmes détails pour chacune des 12 régions (tabl. 3 à 15) ; — épaisseur moyenne de l'écorce et de chaque couche de fibres etc. établie pour chaque région de chaque hémisphère d'après l'ensemble des mensurations effectuées sur tous les cerveaux examinés (tabl. 16).

La partie proprement iconographique comprend la reproduction de chacune des 12 régions de chaque hémisphère pour les 41 sujets : indispensable à l'anatomo-pathologiste qui ne pourra guère, nous semble-t-il, se dispenser de s'y reporter, elle est réellement intéressante à feuilleter à cause de la façon dont elle met en évidence l'étendue des variations individuelles, lesquelles

apparaissent d'autant plus nettement que plusieurs des sujets examinés sont de même sexe, de même race, et à peu près de même âge.

Enfin, l'auteur a eu soin de synthétiser l'ensemble des résultats obtenus par des tracés particulièrement destinés à faire ressortir les variations d'après l'âge : les âges des 41 sujets examinés sont reportés sur l'abscisse, et les épaisseurs mesurées dans chaque hémisphère sont représentées séparément.

La disposition adoptée serait un peu complexe pour certains tracés où un grand nombre de lignes se croisent ou se superposent, si la lecture n'en était facilitée par le tableau répondant à chaque courbe et par les développements du texte explicatif. Elle a du moins l'immense avantage de faire saisir à la fois les variations individuelles et les variations suivant l'âge, de montrer leur importance relative et d'indiquer les limites au delà desquelles, toutes les conditions étant connues, on peut affirmer que commence l'anomalie.

Une première série de 5 courbes (en noir), où les différences régionales sont laissées de côté, donne successivement l'épaisseur moyenne de l'écorce de la face externe dans les faces superficielles et latérales des circ. et dans le fond des sillons, l'épaisseur moyenne des deux systèmes (superficiel et profond), de la strie externe de Baillarger, — de la couche zonale et de la couche paucicellulaire, enfin le nombre des faisceaux radiaires par millimètre.

Une deuxième série de 10 courbes, où chaque région est représentée par un trait d'une couleur spéciale répète les mêmes données pour chaque région en particulier : épaisseur totale dans le fond des sillons, épaisseurs de la couche zonale, de la couche paucicellulaire et de la strie externe, etc. Dans tous les tracés, l'auteur a eu soin d'exclure les grandeurs exceptionnelles tout en les indiquant à leur place. En vérité, aucune de ces dispositions ne paraît injustifiée ; la lecture des courbes en est simplifiée et les faits généraux ne ressortent que mieux. Quelques-uns de ceux-ci, sur lesquels d'ailleurs l'auteur présente d'intéressantes considérations, sont particulièrement frappants ; telle est (courbes 9, 10 et 15) la diminution progressive du système superficiel, d'abord de beaucoup le plus épais, au profit du système profond, qui, de 3 à 7 ans environ, présente une épaisseur à peu près égale à la sienne, puis prédomine définitivement (jusqu'à l'âge ultime, 97 ans) en s'épaississant légèrement, et présente une nouvelle tendance à l'égalité d'épaisseur vers 45-55 ans. Ce fait intéressant, « point nodal des mensurations » (p. 45), vaguement mentionné par les traités classiques, d'après les travaux antérieurs du Dr Kaes, est maintenant au-dessus de toute objection. L'auteur le rapproche judicieusement de cette autre donnée plus générale, que le cortex

est d'autant moins épais qu'il est plus avancé en développement et plus riche en fibres myéliniques ; ce principe s'applique non seulement à l'évolution normale, mais encore à celle qui est troublée dans sa marche ou qui subit un arrêt prématuré : l'écorce des dégénérés inférieurs, des hommes des races primitives se rapproche en cela, comme par beaucoup d'autres détails, de celle de l'enfant. Je ne suivrai pas l'auteur dans les longues considérations embryologiques par lesquelles il explique et développe ces assertions : je voudrais seulement avoir su montrer avec quel art il a groupé la masse de faits nouveaux qu'il apporte, et qui par eux-mêmes s'imposeraient à l'attention, de manière à faciliter l'assimilation et l'application à des recherches pratiques des lois générales qu'il en a tirées. Ch. BONNE.

XI. — *De la Pathologie nerveuse et mentale chez les anciens hébreux et dans la race Juive. Th.* Paris 1907, par le Dr WULFING-LUER.

L'étude clinique de la pathologie nerveuse et mentale des Juifs n'existe pas encore ; et tous les travaux que l'on peut consulter sur ce sujet ne sont établis que sur des statistiques dressées dans les services et asiles. Les Juifs semblent être peu sujets aux lésions organiques du cerveau et de la moelle. Par contre, les lésions fonctionnelles du cerveau et de la moelle, notamment les névroses (surtout l'hystérie et la neurasthénie) et les psychoses se rencontrent très fréquemment chez les Juifs, et dans des proportions plus fortes que chez les autres peuples. Les névroses des Juifs ne semblent pas présenter de caractères spéciaux et les symptômes observés sont ceux qui sont décrits chez les auteurs.

Quant aux troubles mentaux, ils paraissent offrir un pronostic plus sombre chez les Juifs. En tous cas, ils sont prédisposés à la folie et à la paralysie générale. Il semble que l'on puisse rattacher ces prédispositions à certains caractères de la race, tenant à la consanguinéité fréquente des mariages, aux professions commerciales et intellectuelles vers lesquelles elle s'oriente le plus souvent, à son genre de vie dans les agglomérations et au surmenage cérébral et psychique qui en est le corollaire.

Peut-être pourrait-on dire que les persécutions auxquelles la race fut en butte de tous temps, et l'isolement dans lequel les Juifs furent tenus de vivre, sont les deux causes essentielles qui dominent cette étiologie. J. ROLET.

VARIA

Concours du 4 mars 1907 pour l'emploi de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés.

Questions traitées : 1° *Epreuves écrites.* Anatomie et physiologie du système nerveux : Nerf optique (anatomie et physiologie). Administration : De la responsabilité des médecins directeurs et des médecins en chef des asiles publics d'aliénés dans les cas de suicide, d'évasion ou d'accidents graves. — 2° *Epreuves orales* : 1° Pneumothorax (étiologie, signes, diagnostic et traitement) ; 2° anurie (causes, signes, diagnostic) ; 3° accidents de la lithiase biliaire ; 4° fractures de la base du crâne (signes, diagnostic).

Le concours d'adjuvat des médecins des établissements d'aliénés s'est terminé le 19 mars 1907. Les candidats reçus sont, suivant l'ordre de classement : MM. Charpentier, Dupuy, Albès (Seine) ; Audemard, Carrier (Rhône) : Courbon, Alaize (Seine) ; Robert (Gironde) ; Rougean (Haute-Garonne) ; Olivier (Loir-et-Cher) ; Arsimoles (Lot). D'après des renseignements puisés à plusieurs sources, les épreuves, d'une façon générale, auraient été excellentes.

Asiles d'aliénés. — *Mouvement d'avril* 1907. — M. le Dr Marandon de Montyel, médecin en chef de l'asile des aliénés de Ville-Evrard, est admis à faire valoir ses droits à la retraite, et est nommé médecin en chef honoraire des asiles publics d'aliénés. — M. le Dr Boudrie, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maison-Blanche, est nommé médecin en chef de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard. — M. le Dr Trenel, directeur médecin de l'asile de Moisselles (S.-et-O.), nommé médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche. – M. le Dr Leroy, médecin-adjoint à l'asile de Ville-Evrard, nommé directeur-médecin à l'asile de Moisselle. — M. le Dr Roques de Fursac, médecin-adjoint à Clermont (Oise), nommé médecin-adjoint à Ville-Evrard.

Sont nommés médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés à la suite du concours de mars 1907 : MM. les Drs Charpentier appelé au poste de Saint-Venant (Pas-de-Calais) ; Dupouy, maintenu comme chef de clinique des maladies mentales à l'Asile clinique (Seine) ; Albès, appelé au poste de Saint-Dizier (Haute-Marne) ; Audemard, maintenu dans ses fonctions d'inspecteur des asiles privés du Rhône ; Carrier, maintenu dans ses fonctions à la Maison de Santé de Saint-Vincent-de-Paul à Lyon ; Alaize, mis en disponibilité sur sa demande ; Courbon, appelé au poste de Saint-Venant (Pas-de-Calais) ; Robert, appelé au

poste de la Roche-Gandon (Mayenne) ; Rougean, appelé au poste de Bassens (Savoie) ; Olivier, appelé au poste de Saint-Ylie (Jura) ; Arsimoles, appelé au poste de Leyme (Lot).

Mouvement de mai 1907. — M. le Dr Chocreaux, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Bailleul (Nord), nommé médecin en chef à l'asile de Lommelet (Nord), poste créé. — M. le Dr Terrade, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de la Charité (Nièvre), nommé médecin en chef à Bailleul. — M. Plantié, nommé directeur de l'asile d'aliénés de Clermont (Oise), en remplacement de M. Mabille. — M. le Dr Mignot, nommé médecin en chef de la Maison Nationale de Charenton. en remplacement de M. le Dr Antheaume, nommé médecin en chef honoraire. — M. le Dr Rodiet, médecin-adjoint à Montdevergues (Vaucluse), nommé, en la même qualité, à Clermont (Oise). M. le Dr Coulonjou, médecin-adjoint à Braqueville (Haute-Garonne), promu à la classe exceptionnelle du cadre.

FAITS DIVERS

Distinctions honorifiques. — *Mai* 1907. — Médaille d'argent de l'Assistance publique : Mlle Delaunay (Joséphine), gardienne-infirmière à l'asile d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher). — Médailles de bronze de l'Assistance publique : Mme Delechotte (Emilienne), infirmière en chef à la Maison Nationale de Charenton ; Mlle Marchal (Amélie), infirmière en chef à la Maison Nationale de Charenton ; Mlle Marchal (Françoise), infirmière à la Maison Nationale de Charenton.

Asiles de la Seine. Concours de l'Internat en médecine (1907). — Le Concours s'est ouvert le 8 avril à 2 heures, pour huit places vacantes. Douze candidats s'étaient fait inscrire, mais onze seulement ont répondu à l'appel de leur nom. Il a été procédé dans cette séance à la première épreuve écrite sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe (médecine et chirurgie). Les candidats ont eu à traiter : *Gangrène pulmonaire. Rétention d'urine.* — Les questions restées dans l'urne étaient : Complications de la rougeole et Symptômes, diagnostic et traitement du mal de Pott ; Diagnostic des ictères et fracture du col chirurgical du fémur.

Le 17 avril, il a été procédé à la 2e *épreuve écrite* sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux. Les onze candidats ont eu à traiter : *Artères cérébrales*. Les questions restées dans l'urne étaient : Cordons postérieurs de la moelle; méninges crâniennes.

La question de garde que les candidats ont eu à traiter était : Corps étrangers des voies digestives et aériennes supérieures. Les deux questions restées dans l'une étaient : Métrorrhagies, Coma [illegible].

Nomination des Internes en médecine des asiles, titulaires et provisoires en 1907 : *Internes titulaires* : sont nommés : MM. Gelma, [illegible], Mignard, Courjon, Bourilhet, Guichard, Vieux-Pernon, Brissot, [illegible], Feret.

Interne provisoire : M. Crinon, pour la titularisation duquel le Jury a émis un vœu si un poste d'interne titulaire vient à être vacant avant le 1er mai 1908.

Hopital de la Pitié.— *Maladies nerveuses.* — M. le Dr Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux le samedi 4 mai 1907, à 10 heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Hospice de la Salpêtrière. -- Le Dr Deny commencera le dimanche 26 mai à 10 heures (section Rambuteau) une nouvelle série de conférences cliniques sur les maladies mentales et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Hospice de Bicêtre (*Fondation Vallée*). — M. Bourneville. *Visite* du service (gymnastique, travail manuel, écoles et présentation de malades) le samedi à 10 h. très précises. *Consultations médico-pédagogiques*, gratuites pour les enfants *indigents atteints de maladies du système nerveux*, le jeudi à 9 h. 1/2. — On peut se rendre à la Fondation par les tramways de Montrouge, par les tramways de la Porte d'Orléans à Vincennes (Métropolitain); *arrêt* route de l'Hay. La Fondation est à 500 mètres de cet Arrêt.

Cours d'Electrothérapie et de Radiographie. (Ecole pratique de la Faculté). — Le docteur Foveau de Courmelles, lauréat de l'Académie de médecine, licencié ès sciences physiques et naturelles, reprendra son cours d'Electrothérapie et de Radiologie le lundi 15 avril, à six heures du soir, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris, amphithéâtre Cruveilhier, et le continuera les lundis à 6 heures.

Programme du Cours : Electrolyse médicamenteuse et Ions. — Etat colloïdal. — Radioscopie. — Radiographie et radiothérapie. — Lumière et photothérapie. — Vibrothérapie. — Radium et radioactivité.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères et THIRON.

Vol. 1. 3e Série. Juin 1907. N° 6

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

Hystérie et sommeil

(*Théorie physiologique de l'Hystérie.* (*Suite et fin*).

PAR LE Dr PAUL SOLLIER.

La définition suivante, que j'ai proposée de l'hystérie, paraît donc répondre aux différents points de vue auxquels on peut se placer dans son étude :

L'hystérie est un trouble physique fonctionnel du cerveau, consistant dans un engourdissement ou un sommeil localisé ou généralisé, passager ou permanent, des centres cérébraux, et se traduisant, par conséquent, suivant les centres atteints, par des manifestations vaso-motrices ou trophiques, viscérales, sensorielles et sensitives, motrices et enfin psychiques, et, suivant ses variations, son degré et sa durée, par des crises transitoires, des stigmates permanents ou des accidents paroxystiques. Les hystériques confirmés ne sont que des vigilambules dont l'état de sommeil est plus ou moins profond, plus ou moins étendu (1).

Je n'ai rien à changer à cette définition que j'ai donnée il y a dix ans et que les faits que j'ai observés moi-même ou qui ont été observés par d'autres auteurs ayant appliqué mes méthodes et refait mes expériences ont confirmée. Je devrais cependant y ajouter quelque chose, c'est que tous les centres cérébraux étant doués d'irritabilité, toute diminution de cette irritabilité amène une

(1) Pour qu'il y ait vigilambulisme, il faut que toute la corticalité soit prise, ce qui n'est le cas que des grandes hystériques à manifestations multiples et généralisées ; dans les cas plus légers il n'y a pas de vigilambulisme, il n'y a que des états d'inhibition, de sommeil, partiels, atteignant seulement certaines parties de l'écorce cérébrale.

modification de la sensibilité *objective* et *subjective*, et que, quelles que soient les fonctions atteintes, la sensibilité de la région où s'exerce cette fonction est fatalement et immédiatement modifiée. Les troubles de la sensibilité tant objective que subjective sont donc constants et leur absence dans un trouble d'une fonction quelconque suffit à écarter l'idée de toute origine hystérique. L'anesthésie à tous les degrés est le véritable *sigillum hysteriœ*, car elle traduit exactement l'étendue et l'intensité de l'inhibition cérébrale.

Prenons, en effet, un centre cérébral quelconque et supposons-le frappé d'un état d'inactivité présentant toute une gamme de degrés d'intensité, sujet à des augmentations et des diminutions sous diverses causes, ou à une fixité de durée indéterminée. Que va-t-il se passer dans la sphère somatique sous la dépendance de ce centre? Tout d'abord la fonction organique en rapport avec ce centre va se trouver diminuée, et, suivant le rôle du centre cérébral intéressé, nous observerons des troubles de sensibilité, de motricité, ou des troubles sensoriels, cénesthésiques et vaso-moteurs. Par suite de la répartition des centres intéressés, par suite de leur nombre plus ou moins grand, nous allons avoir une variété infinie de combinaisons de troubles hystériques, d'où l'apparence de fantaisie, d'irrégularité de l'hystérie. Mais si l'hystérie présente, en effet, des aspects multiples, des variétés en nombre indéterminé, chaque trouble individuellement présente au contraire un déterminisme remarquable.

Mais ce n'est pas tout, non seulement l'hystérie revêt des aspects multiples, mais encore chaque trouble pris en particulier présente des degrés divers qui ont l'air de compliquer les choses. A chaque degré d'engourdissement d'un centre donné correspond, en effet, objectivement et subjectivement une manifestation spéciale. D'où la nécessité de considérer encore, pour cette raison, chaque centre fonctionnel individuellement dans l'appréciation de l'état hystérique général qui n'est que la sommation, en quelque sorte, ou la synthèse de tous ces troubles localisés.

Enfin ce centre atteint l'est tantôt d'une façon permanente, et alors tous les troubles objectifs et subjectifs

qui en résultent, dans le domaine somatique comme dans le domaine psychique, sont permanents, et c'est à ces troubles permanents qu'on donne le nom de stigmates ; il l'est tantôt d'une façon passagère et s'accompagne alors de réactions transitoires, paroxystiques, dont il faut distinguer d'ailleurs celles qui tiennent à l'envahissement du centre par l'engourdissement, l'inhibition, et celles qui sont dues au retour de son fonctionnement normal. Ce sont ces dernières qu'on obtient quand on procède au réveil dans un but thérapeutique. Au cours de l'hystérie on comprend que l'on peut voir certains centres présenter un état permanent et certains autres présenter des variations pouvant aller jusqu'au retour normal de la fonction sous des influences diverses, d'où les changements d'aspect du malade, et les accidents qu'il présente successivement et dont l'enchainement parait incohérent si on ne tient pas compte de cette notion fondamentale : que l'hystérie, dans son ensemble, n'est qu'une agglomération d'états hystériques locaux. Faute de cette notion, on est complètement déconcerté en présence de ce protée, qu'on a cru insaisissable, de l'hystérie, tout simplement parce qu'on l'a considérée comme une maladie frappant le cerveau dans son ensemble, alors qu'en réaiité chaque centre fonctionnel agit jusqu'à un certain point individuellement. Il faut tenir compte évidemment, à un moment donné, des interactions des centres entre eux, mais si cela complique le problème, cela ne change en rien la nature et le mécauisme fondamental des troubles (1).

(1) On a trouvé que j'exagérais le déterminisme des centres cérébraux. Cependant de deux choses l'une : ou l'on admet les localisations cérébrales, et alors il est naturel d'admettre que les centres corticaux, qui constituent le point d'arrivée et de départ des fibres de projection, doivent entrainer des troubles de la périphérie s'ils sont modifiés dans leur activité, d'une part, et que, d'autre part, les troubles constatés à la périphérie doivent être rapportés à des modifications des centres fonctionnels ; ou on n'admet pas les localisations cérébrales, et alors je ne peux m'expliquer comment l'esprit peut agir sur la périphérie sans passer par les fibres qui la relient au cerveau, sans se soumettre en un mot aux voies physiologiques de la motricité et de la sensibilité. Ce qu'on pourrait me reprocher,c'est d'avoir paru donner une importance trop grande et une délimitation trop précise aux centres corticaux. Mais je me permettrai de faire remarquer que j'ai parlé de centres *fonctionnels*, et que depuis longtemps je soutiens que les centres cérébraux sont avant tout des centres *dynamiques*. Leur siège,

Les phénomènes psychiques de l'hystérie sont, on le conçoit, avec cette manière de voir, éminemment variables, et suivant la part que la psychicité a dans la fonction du centre intéressé, et suivant le degré auquel ce centre est atteint. Il y a lieu d'ailleurs de considérer deux ordres distincts dans les troubles psychologiques hystériques : d'une part ceux qui tiennent à la diminution et à la perte de la fonction de tels ou tels centres psycho-moteurs ou psycho-sensoriels, ou cénesthésiques (dont l'importance est si considérable dans la formation de la personnalité) ; et d'autre part ceux qui résultent de l'envahissement des centres psychiques eux-mêmes par l'engourdissement hystérique. C'est ce qui nous explique que certaines hystériques ne présentent que très peu de phénomènes psychologiques, alors que d'autres présentent de très gros troubles psychiques.

Si donc l'état hystérique consiste dans un trouble localisé d'un ou plusieurs centres du cerveau, et que la plus grande hystérie ne soit jamais que la généralisation d'états locaux, si, comme je le soutiens, ce trouble hystérique consiste dans un état d'engourdissement, d'inhibition, de sommeil — et il reste à déterminer quelle espèce de sommeil—on comprend qu'il n'y ait aucune

leurs délimitations anatomiques, leur unicité même ou leur multiplicité pour une seule fonction, n'ont aucune importance dans la question,qui se résume à ceci : les troubles fonctionnels observés dans l'hystérie sont-ils liés à une modification des centres corticaux tenant les différentes fonctions sous leur dépendance, ou en sont-ils indépendants, et dans ce dernier cas comment se fait le passage d'une représentation mentale, suggérée ou non, à un phénomène somatique ? Il faut prendre garde, en effet, en laissant de côté toutes les notions physiologiques, aux conséquences que cela peut avoir, de même qu'en énonçant une théorie psychologique il faut penser à ce que les mots recouvrent, et se demander ce que représentent exactement les mots *image*, *représentation*, *suggestion*, *auto-suggestion*, *conscience*, *personnalité*, sur lesquels l'accord est encore bien moins fait que sur la définition de l'hystérie. Nous savons un peu mieux ce qu'est un centre cortical, ce que sont les fibres nerveuses qui le relient aux organes périphériques ; nous savons un peu mieux quelles sont les réactions motrices et sensitives de l'activité ou de l'arrêt, encore que nous ignorions exactement ce que c'est que l'activité nerveuse elle-même, que nous ne pouvons que comparer à d'autres activités physiologiques et biologiques.

Je me suis demandé si certains troubles hystériques ne pouvaient pas résulter de l'inhibition, de l'engourdissement de la moelle ou des nerfs ; mais je n'ai jamais rencontré aucun fait permettant de justifier cette hypothèse, et, pour ma part, les troubles hystériques sont exclusivement dus à des modifications de l'activité corticale.

différence de nature, malgré une différence considérable d'aspect, entre une manifestation hystérique localisée à une fonction quelconque, — si tant est qu'il y ait jamais une hystérie monosymptomatique — et un état de vigilambulisme complet avec toutes les manifestations les plus variées, les plus variables aussi, permanentes ou paroxystiques de l'hystérie. Dans un cas il y a un engourdissement localisé, dans l'autre il y a un engourdissement généralisé. Entre les deux il y a une foule de degrés, mais la nature fondamentale du trouble hystérique est toujours la même naturellement.

Je dis que l'état hystérique est une *sorte* de sommeil des centres fonctionnels du cerveau. Avant de voir en quoi peut consister ce sommeil et comment il peut se produire je dois dire quelques mots des procédés de réveil. Ils dépendent dans une certaine mesure de la cause du sommeil lui-même, mais leur fond commun est le rétablissement des fonctions, et à ce dernier point de vue il y a une série de petits moyens sur lesquels je n'ai pas à insister ici et que j'ai indiqués ailleurs dans les plus grands détails (1). Par exemple, un sujet épuisé, amaigri, comme les anorexiques, se réveillera sous l'influence de l'isolement, de l'alitement et de la suralimentaton. Un autre, atteint par une émotion morale, avec une idée fixe concomitante de son état somatique fixe, pourra se réveiller sous l'influence de procédés psychiques, de représentations normales ramenées par une rééducation psychique (méthode psychothérapique proprement dite), ou, si les troubles somatiques concomitants sont accessibles, comme une contracture ou une paralysie, la rééducation fonctionnelle, en rétablissant le fonctionnement du centre psycho-moteur, amènera en même temps la disparition de l'idée fixe née au même titre que la contracture ou la paralysie. Si l'état est plus ancien, si l'hystérie est plus généralisée, ces procédés seront ordinairement insuffisants, il faudra recourir à des méthodes générales : isolement, alimentation, et mécanothérapie générale (non plus seulement rééducation localisée). Enfin, si on a affaire à un cas de vigilambulisme, le réveil dans l'hypnose se trouvera indiqué conjointement à la méca-

(1) Voir : « L'hystérie et son traitement ». F. Alcan, 1901.

nothérapie. C'est alors qu'on assistera à ces phénomènes si curieux de régression de la personnalité que j'ai étudiés en détail et qui permettent de mettre en évidence l'enchaînement de tous les troubles hystériques, somatiques et psychiques, depuis les phénomènes les plus élémentaires comme l'anesthésie cutanée, jusqu'aux plus complexes, comme le sentiment de la personnalité physique et du moi moral et intellectuel.

Notre théorie a, en effet, cet avantage de concilier les différentes méthodes thérapeutiques qu'on a vantées de façon trop exclusive, mais qui ont toutes et leur raison d'être et leur application suivant les cas, en tenant compte soit de la cause de la maladie, soit de son évolution actuelle, soit de son étendue ou de sa profondeur.

Tous les centres cérébraux ne participent pas au même titre à la fonction psychique du cerveau. Il est donc naturel que certains réagissent plus aux excitations psychiques, et d'autres aux excitations sensitives, ou sensorielles, ou cénesthésiques. Il est encore rationnel, lorsque toute la corticalité est atteinte, et qu'il est difficile de déterminer la prédominance du trouble sur tel ou tel point — d'autant qu'il faut tenir compte non seulement de l'état actuel, mais de l'évolution antérieure — de s'adresser à des méthodes générales d'excitation du cerveau.

Cette excitation peut être produite de deux façons : par la périphérie — mécanothérapie, et excitations sensitives et sensorielles qui sont moins efficaces ; par le centre, — c'est-à-dire par la psychothérapie sous toutes les formes. Il est absurde de se priver de telle méthode ou de telle autre. On doit employer la méthode périphérique et la méthode centrale concurremment : mais les phénomènes psychologiques étant la conséquence de l'état cérébral et non sa cause, et n'étant pas constants, il est plus logique de commencer par la méthode périphérique — vraiment physiologique —, avant de recourir à la méthode centrale — psychologique, — dont on peut souvent se passer, d'ailleurs, après l'emploi de la première, ou qui ne lui sert que de complément, de perfectionnement.

Et maintenant, j'en reviens à ma théorie du trouble

primitif de l'hystérie constitué par une *sorte de sommeil* des centres cérébraux, d'engourdissement cérébral. Pour le dire je m'appuie sur ce fait, sur cette expérience de Chacrot, reprise, répétée et complétée par moi, du réveil des hystériques vigilambules. Je ne sais comment appeler autrement que *sommeil*, l'état où se trouve plongé un individu présentant une série de troubles somatiques et psychiques, lorsqu'en enjoignant à cet individu de *se réveiller*, il sort de cet état et cesse de présenter ces troubles,— je ne sais pas comment appeler autrement que sommeil, l'état dans lequel cet individu était plongé quand, après son réveil, il se trouve ramené à l'époque où il a commencé à y tomber. Il n'y a, en effet, là qu'une question de différence dans la durée de son état, entre un dormeur qui serait resté endormi pendant 48 heures consécutives et qui en se réveillant, se croirait non pas, le surlendemain, mais le lendemain du jour où il s'est couché et endormi.

Chez l'hystérique ce n'est pas par jours que se compte la durée du sommeil, mais par années, comme en témoignent les nombreux cas de vigilambulisme que j'ai rapportés, avec des régressions de la personnalité à 10, 20, 30 ans et plus en arrière. Et j'ajoute que ces régressions, ne se produisent pas seulement chez les grandes vigilambules et sous l'influence du réveil dans l'hypnose ; elles se produisent partiellement ou sous forme de rêves, de retours inopinés et spontanés de souvenirs, chez tous les grands hystériques à manifestations multiples à la fois somatiques — surtout viscérales et cénesthésiques — et psychiques.

Je dis qu'un individu qui, plongé dans un état anormal, redevient normal quand on lui ordonne de se réveiller ou qu'on emploie des excitations habituelles dans ce but concurremment avec cette injonction, est un individu qui dort. Et comme, en étudiant toutes les dégradations de cet état, toutes ses variétés, on constate que l'on passe par des transitions insensibles de ce trouble général aux troubles les plus limités et les plus localisés, que ceux-ci disparaissent par des excitations analogues aux excitations générales employées pour le réveil des vigilambules, et que les réactions provoquées par ces excita-

tions locales dans des cas de troubles localisés sont identiques à celles qui se produisent sous l'influence du réveil général chez des vigilambules, je me crois en droit d'affirmer que le trouble local, comme le trouble général, est de même nature et consiste essentiellement dans une sorte de sommeil des centres cérébraux.

Mais quel est ce sommeil ? J'ai fait à ce sujet diverses hypothèses et je préfère avouer tout de suite que je n'en sais pas plus là dessus que sur le sommeil hypnotique lui-même. On m'a cependant fait certaines critiques qui m'amènent à revenir sur cette question.

M. Claparède (de Genève), m'ayant particulièrement combattu sur ce point — et même avec un « acharnement » qu'il me reprochait à tort à l'égard de M. Pierre Janet, je prendrai ses objections pour base à mes réponses. Il les a formulées dans un mémoire publié en 1905 dans les *Archives de Psychologie* et ayant pour titre : « Esquisse d'une théorie biologique du sommeil. ». Je me garderai bien de critiquer cette théorie, qui consiste à regarder le sommeil comme une réaction de désintérêt, comme une fonction de défense qui nous empêche d'arriver à l'épuisement du cerveau. «Nous ne dormons pas parce que nous sommes intoxiqués, nous dormons pour ne pas l'être. » Comme il y a déjà une respectable quantité de théories du sommeil, dont aucune n'est démontrée ni satisfaisante, il n'y a pas grand inconvénient à en imaginer une de plus.

Mais dans la seconde partie de son mémoire, M. Claparède consacre un long chapitre à une étude comparée de l'hystérie et du sommeil, dont la conclusion est une théorie de l'hystérie considérée comme une manifestation de même ordre que le sommeil, suivant sa définition nouvelle. Notons donc immédiatement que, pour M. Claparède comme pour moi, l'hystérie est une sorte de sommeil. Cela ne l'empêche pas cependant de critiquer vivement ma théorie. D'ailleurs, celle de M. P. Janet ne trouve pas plus grâce devant lui ; il ne lui reconnaît pas plus de valeur explicative qu'à la mienne. Cela ne l'empêche pas davantage de l'utiliser pour appuyer la sienne, en prenant pour base une,une seule des différentes interprétations psychologiques de M. Janet, la distraction.

Il ne voit dans l'hystérie qu'un phénomène de distraction, de désintérêt, tout comme dans le sommeil. L'hystérie est donc un phénomène comparable au sommeil naturel, du moins compris à sa manière.

Or cette conclusion paraît bien singulière quand on le voit ensuite me reprocher—à tort du reste—d'avoir confondu le sommeil cérébral, cause de l'hystérie, avec le sommeil naturel. Sentant la contradiction, il écrit : « Mon intention n'est pas de reprendre à mon compte l'hypothèse de Sollier, en substituant à la sienne ma conception du sommeil. Non, comme je l'ai dit tout à l'heure, je crois qu'il n'y a aucun profit à *identifier* des phénomènes manifestement différents, et qu'il ne faut les *rapprocher* que pour pouvoir mieux noter quels en sont les points qui ne se recouvrent pas. Lorsqu'on a dit que l'hystérie est un sommeil on n'a rien gagné du tout, car il reste encore à déterminer *quelle sorte* de sommeil, *ce qui* différencie l'hystérie du sommeil normal. Et c'est là toute la question. » Mais où M. Claparède prend-il que j'ai identifié l'hystérie avec le sommeil normal ? J'ai dit *un* sommeil et non *le* sommeil ; j'ai même ajouté, pour bien montrer qu'il s'agissait d'autre chose que du sommeil normal, naturel, *un engourdissement.* Si quelqu'un identifie l'hystérie et le sommeil naturel, il me semble que c'est M. Claparède, et cela en se basant sur un caractère inconstant et non fondamental de l'hystérie, en face d'une hypothèse des plus contestables du sommeil naturel.

Je n'ai ni identifié ni comparé le sommeil du cerveau dans l'hystérie au sommeil naturel. M. Claparède prétend qu'on n'a rien gagné du tout quand on a dit que l'hystérie est un sommeil. Je lui demande bien pardon ; on y a gagné qu'en réveillant le sujet de ce sommeil on fait disparaître les phénomènes hystériques, qu'on le guérit, ce qui est bien quelque chose en vérité.

M. Claparède pense que toute la question est de savoir en quoi consiste ce sommeil. Cela peut être intéressant pour lui au point de vue d'une théorie du sommeil. Pour moi, j'avoue que c'est là une question secondaire ; lorsqu'un homme dort, je n'ai pas besoin de savoir en quoi consiste le sommeil pour reconnaître qu'il dort, et savoir

comment le réveiller. Et s'il se réveille quand je l'excite par la parole et par des secousses, je n'ai pas encore besoin d'avoir une théorie du sommeil pour savoir qu'il est réveillé. Or, quand il s'agit d'hystériques, lorsque je constate que leurs fonctions sont diminuées, ralenties, engourdies, et que, si je les excite par des procédés analogues à ceux qu'on emploie chez un dormeur pour le réveiller, elles me présentent des réactions analogues — très amplifiées naturellement — à celles du dormeur qui se réveille, je dis qu'elles dormaient, sans me préoccuper autrement du genre de sommeil dans lequel elles étaient plongées. Je sais seulement que c'est *une sorte* de sommeil, mais que ce n'est pas le sommeil naturel. Lorsqu'on plonge un sujet dans le sommeil hypnotique il s'agit bien aussi d'*un* sommeil, et ce sommeil est en tous points semblable à celui qui constitue l'hystérie. M. Claparède nie-t-il que ce soit *un* sommeil ? Il ne sait pas cependant en quoi il diffère du sommeil normal ; ni moi non plus, et cela pour une bonne raison, c'est que ni lui ni moi ne savons en quoi consiste le sommeil naturel. Cela nous empêche-t-il de savoir que le sujet dort, et de savoir comment on le réveille ?

Je n'ai pas été cependant sans m'inquiéter de la nature de ce sommeil cérébral, ou pour mieux dire de sa cause. Car, sur sa nature, je crois que nous n'en saurons jamais rien ; quant à sa cause, à son mécanisme, c'est une autre affaire, et c'est ce que M. Claparède ne semble pas avoir aperçu. Quand il dit que le sommeil naturel est une réaction de désintérêt, cela, en admettant que ce soit vrai, ne nous renseigne en rien sur la nature du sommeil, mais tout au plus sur sa cause, et pas davantage que si on l'attribue à de l'épuisement ou de l'intoxication, ou toute autre cause. Si j'ai recherché non pas la nature de ce sommeil mais ses causes possibles, c'est que cela a une portée pratique au point de vue thérapeutique. Si l'adage *Sublata causa, tollitur effectus* n'est pas toujours suffisant, il n'en est pas moins utile pour le praticien de savoir à quelle cause est imputable une maladie pour la mieux combattre. C'est à ce point de vue que je me suis placé pour faire certaines hypothèses qui me valent de nouvelles critiques de M. Claparède, lequel feint de les

regarder comme des affirmations de ma part, en continuant toujours à croire que j'assimile l'état de sommeil des centres nerveux dans l'hystérie au sommeil naturel.

Il m'accuse de rattacher cet engourdissement cérébral à de l'épuisement, intoxiqué que j'étais par la théorie classique du sommeil naturel, qui le rapporte à cette cause. Est-ce là la théorie classique du sommeil? Il y en a tant que je n'en sais rien. Cela importe peu d'ailleurs. J'ai pensé que l'épuisement nerveux pouvait être incriminé, parce que c'est souvent à la suite de causes déprimantes physiquement et moralement que l'hystérie apparait. Et je le crois encore.

Plus tard j'ai reconnu que c'était là une cause insuffisante, et j'ai constaté que le choc traumatique, le défaut de fonctionnement de la périphérie, le retard de l'évolution du cerveau, l'émotion surtout, étaient des causes aussi fréquentes. M. Claparède, obstiné dans son erreur de croire que j'assimile le sommeil naturel à l'engourdissement hystérique, me fait grief de ne pas m'être aperçu que ce n'était pas là des facteurs du sommeil ordinaire, et dès lors il ne comprend pas comment j'identifie le mécanisme de l'hystérie avec celui du sommeil normal. Mais je n'ai jamais pris les causes sus-indiquées pour des causes de sommeil naturel, et s'il veut se donner la peine de relire mes ouvrages, il verra que nulle part je n'ai fait la confusion qu'il m'attribue. Je pense que le choc traumatique, surtout quand il porte sur le cerveau et détermine des pertes de connaissance, amène des états d'inertie du cerveau, une inhibition des fonctions cérébrales, qui entraîne les manifestations de l'hystérie. A côté de l'arrêt par épuisement des centres corticaux, il y a l'arrêt par inertie.

D'autre part, chez des sujets prédisposés, le fait qu'un centre cesse d'être mis en activité entraîne aussi son arrêt, son inertie. C'est ce qui se produit si souvent chez des hystériques à l'état latent, quand on immobilise un de leurs membres pour une raison ou une autre. Spontanément aussi il se produit au cours de l'adolescence des arrêts dans le développement cérébral. Ces arrêts peuvent persister, et l'écart entre la normale et l'état d'arrêt se traduit à un moment donné par des manifes-

tations fonctionnelles, d'ordre général le plus souvent, dont le type est l'anorexie primitive, mais qui s'accompagnent bientôt d'accidents secondaires hystériques.

Enfin j'en arrive à l'émotion. M. Claparède me reproche là un soi-disant cercle vicieux, consistant à dire que l'émotion provoque l'anesthésie, en engourdissant les centres nerveux, et qu'elle les engourdit en anesthésiant l'individu. M. Claparède ne cite pas les textes sur lesquels il s'appuie pour me prêter ce raisonnement absurde. Je me suis donné plus d'une fois la peine d'expliquer comment agit l'émotion sur le cerveau, comment elle l'engourdit, et comment l'anesthésie résulte de cet engourdissement, dont elle n'est que la manifestation objectivement constatable. Je me vois obligé de la renouveler ici. Sous l'influence d'une émotion il se produit une décharge d'énergie qui laisse le cerveau épuisé. Le maximum d'effet de cette émotion est la syncope, dans laquelle les fonctions motrices, sensitives, sensorielles et intellectuelles sont suspendues pour un moment. Si, comme cela arrive dans la plupart des cas, le cerveau recouvre son fonctionnement normal, la sensibilité, le mouvement, l'intelligence reparaissent intégralement. Mais que, par suite de la faible résistance, de la faiblesse constitutionnelle du cerveau, la réparation de l'épuisement ainsi produit ne se fasse pas, le cerveau reste dans un état d'activité diminuée et par conséquent sa perceptivité et sa réactivité seront diminuées aussi, ce qui se traduit par de l'anesthésie, soit générale, soit d'une façon prédominante en certains points sur lesquels la décharge émotionnelle s'est faite plus particulièrement, comme je l'ai indiqué ailleurs en étudiant les émotions localisées (1). A ce moment je dis que l'état hystérique est constitué, non pas parce qu'il y a de l'anesthésie ou de la paralysie ou tel autre trouble, mais parce que ces troubles sont le témoignage objectif de l'état d'engourdissement du cerveau, soit dans son entier, soit dans certains centres, engourdissement qui peut disparaître à la longue spontanément ou au contraire s'accentuer et se généraliser sous les moindres influences à partir de ce moment. J'ai

(1) Voir: « Le mécanisme des émotions ». F. Alcan, 1905.

soutenu depuis longtemps que ce qui caractérisait l'état hystérique c'était la tendance qu'avaient les centres cérébraux à rester dans l'état où ils étaient mis quand leur activité était diminuée, enrayée, inhibée par une cause quelconque. D'où la fréquence des idées fixes, des troubles systématisés persistants. C'est ce qui m'a fait dire dès 1893 (1), et non en 1904, comme le prétend M. Claparède, bien avant M. Bernheim par conséquent, que l'hystérie n'est pas tant une maladie qu'une manière spéciale de réagir du cerveau, qu'il n'y a pas de maladie hystérique et que l'hystérie est une manière de fonctionner du cerveau, que c'est le mécanisme cérébral qui est hystérique, et non l'affection.

Parmi les hypothèses sur la nature du sommeil spécial, cause de l'hystérie, j'avais indiqué, sans m'y arrêter, et en employant même le conditionnel, que cette sorte de vie latente des grandes hystériques vigilambules pourrait être comparée au sommeil des hibernants dû, d'après le professeur Raphaël Dubois, à l'auto-narcose par les produits d'excrétion, l'acide carbonique en particulier. M. Claparède m'en fait cependant un gros grief, quoique je n'aie fait que signaler cette manière de voir sans l'adopter. Mon idée de l'engourdissement cérébral provoquant l'hystérie est qu'il est analogue à l'engourdissement provoqué dans un nerf par une cause quelconque, le froid par exemple, ou une compression. Il cesse de transmettre et de laisser passer les excitations, d'où insensibilité, puis paralysie. Quand il reprend son activité, ce retour s'accompagne d'une série de sensations qui se présentent dans un ordre et avec des caractères particuliers. Le sujet dit que le membre dont le nerf est ainsi engourdi est endormi. Quand c'est le cerveau qui est frappé d'inhibition il se produit des phénomènes semblables. Même perte d'excitabilité, de perceptivité, de sensibilité et de motricité, mêmes réactions sensitives et motrices quand il reprend son activité normale. Je dis que le cerveau est endormi, comme l'était le nerf, et pour le prouver je le réveille ; je dis que ces troubles hystériques sont dus à ce sommeil, à cet engourdissement spécial de cerveau, et pour le prouver je les fais

(1) « Les troubles de la mémoire ». J. Rueff, 1893.

disparaître en me bornant simplement à le réveiller (1).

Il me semble que dire, comme M. Claparède, que l'hystérie est un état de sommeil parce que c'est un état de distraction, et que le sommeil est psychologiquement un état de désintérêt, de distraction totale de la situation présente, n'éclaircit pas beaucoup ni la question du sommeil normal, ni celle du sommeil cérébral spécial à l'hystérie, et que, au point de vue clinique, l'assimilation de ces deux états de sommeil est un peu hasardée, après m'avoir reproché surtout — à tort il est vrai — cette même assimilation du sommeil normal et de l'engourdissement hystérique.

M. Claparède prétend que la théorie physiologique de l'hystérie ne rend pas compte de ce qui fait le caractère des manifestations hystériques, à savoir leur caprice, leur mobilité, leur systématisation, leur dépendance de l'attention du sujet. Mais cette mobilité est-elle due au caprice? Il suffit d'en rechercher la cause pour voir qu'au contraire tout dans l'hystérie est soumis à un déterminisme rigoureux, et j'ai montré plus haut comment toutes ces apparentes contradictions dans les manifestations hystériques s'expliquaient fort naturellement quand on regardait le fonctionnement physiologique du cerveau. Aussi le Professeur Lépine écrivait-il : « Je suis pour ma part fort enclin à adopter cette manière de voir (que l'hystérie n'est qu'un sommeil local du cerveau plus ou moins généralisé); comme une infinité de centres peuvent être atteints et à des degrés différents, la variabilité infinie de l'hystérie est expliquée. »

Ce qui trompe M. Claparède, c'est qu'il pense que l'engourdissement, le sommeil spécial, implique au premier chef l'idée de passivité, l'idée d'un processus fatal sur lequel le *moi* du sujet ne peut avoir aucune prise. Comment dès lors cet état d'engourdissement cérébral tout

(1) Ce réveil amène des réactions très spéciales que j'ai décrites en détail. Dans les critiques qu'on fait de la théorie physiologique, on paraît les avoir complètement laissées de côté. Ce sont là cependant des faits d'expérience, que tout le monde peut contrôler facilement. Qu'on en donne l'interprétation qu'on voudra, elles n'en existent pas moins et demandent une explication. J'ai donné la mienne ; que ceux qui veulent en donner une autre commencent par les reproduire, à moins de prétendre que je les ai inventées, ainsi que ceux qui, à ma suite, les ont renouvelées.

négatif pourrait-il être le concomitant physiologique de phénomènes aussi mobiles, aussi vivants, aussi actifs que ceux que manifestent les hystériques ? Et il prétend que je nie le cachet d'activité des stigmates hystériques, parce que je les attribue à une diminution de l'irritabilité cérébrale, produisant un état de vie latente qui se traduit par des altérations plus ou moins profondes et étendues de la sensibilité, conception qui soumet l'hystérie aux grandes lois de la physiologie générale.

Je ne crois pas avoir jamais dénié aux stigmates hystériques un caractère d'activité positive, pour la bonne raison que je n'ai même pas soulevé cette question qui ne se pose pas à mon avis. Il est rare en effet que l'arrêt cérébral soit complet, même dans le cas où il apparaît comme tel (paralysie flasque, léthargie). Dès lors, tout en restant toujours au-dessous de la normale de l'activité cérébrale, les centres engourdis — et ils ne le sont pas tous au même degré — participent de l'activité générale du cerveau et subissent les mêmes variations, toutes proportions gardées, que celles d'un cerveau ordinaire. Je ne vois pas pourquoi un centre diminué dans son activité serait purement passif et ne réagirait pas sur les autres au prorata de ce qui lui reste d'activité. Et la meilleure preuve qu'il en est ainsi, c'est la conservation des fonctions subconscientes, laquelle dénote l'interaction des centres engourdis, mais d'une façon insuffisante pour déterminer le phénomène *conscience*, par un mécanisme que je me suis efforcé de démontrer dans mon ouvrage sur les « Phénomènes d'autoscopie » (1).

On a fait encore certaines objections à cette théorie. On a dit que les réactions présentées par les sujets qui se réveillent étaient produites par suggestion. Je ferai remarquer d'abord que même si j'avais suggéré aux sujets d'avoir telle ou telle sensation, de faire tel ou tel mouvement, cela n'enlèverait rien à ce fait que ces réactions amènent la régression de leur personnalité et une transformation complète de leur état, leur réveil cérébral et leur guérison de ce fait même.

Mais cette suggestion, j'aurais été bien embarrassé de la faire, car ces réactions, je ne les connaissais pas. Et ce

(1) « Les Phénomènes d'autoscopie ». Paris, F. Alcan, 1903.

fut une surprise pour moi de voir des sujets à qui je disais simplement en état d'hypnose « réveillez-vous » ou « sentez-vous », s'étirer, secouer la tête, éprouver des sensations diverses,se mettre tout à coup à repasser leur vie antérieure, et à un moment donné se réveiller en se croyant à plusieurs années en arrière ; ensuite en continuant à les exciter, à leur enjoindre de se réveiller, les voir repasser de nouveau toute leur existence dans l'ordre normal cette fois, en reproduisant tous les accidents, tous les sentiments éprouvés dans son cours, et enfin se réveiller définitivement, sans troubles, sans stigmates, guéris et ayant recouvré le sommeil normal, en même temps qu'une difficulté beaucoup plus grande à l'hypnose.

Et lorsque ces réactions se produisent sous l'influence unique d'excitations mécaniques, sans hypnose, sans inponctions, est-ce encore de la suggestion? Lorsque des sujets soumis à la mécanothérapie active, à la gymnastique de résistance, se mettent, quelque temps après la séance, à rêver dans un état de demi-conscience à tous les événements d'une certaine époque de leur existence passée, à éprouver tous les sentiments, toutes les sensations qu'ils avaient eus alors, à penser à des détails infimes de cette époque, à des personnes qu'ils croyaient avoir oubliées, dira-t-on toujours que c'est de la suggestion ?

On a dit encore : cette théorie s'applique aux grands sujets. Je ne sais pas quelle différence il y a entre un grand et un petit sujet, où est la limite qui les sépare, et je ne comprends pas comment la pathogénie des accidents peut être différente quand ils sont peu ou très nombreux, passagers ou tenaces. La vérité est que le mécanisme est le même, et il suffit pour cela d'observer d'un peu près les soi-disant petits sujets. On retrouve chez eux toutes les réactions observées au maximum chez les grands, mais atténuées et au prorata naturellement du degré de l'engourdissement.

Si je n'ai publié autrefois que 20 observations comme base de ma théorie c'est que ce sont les premiers cas qui se sont présentés à moi, et que, par cela même, n'étant pas choisis,ils sont plus démonstratifs.Depuis 1897 j'en ai traité plus de 200 et si, sur quelques points de détail, j'ai pu modifier certaines appréciations, je n'ai fait que

me confirmer davantage dans ma théorie fondamentale, que la thérapeutique venait démontrer comme une véritable expérience de laboratoire. Tous les médecins, tant en France qu'à l'étranger, qui ont pris la peine de vérifier mes expériences et mes méthodes ont obtenu les mêmes résultats. Beaucoup d'entre eux sont d'ailleurs venus se rendre compte par eux-mêmes au Sanatorium de la façon dont je procède.

On a dit encore que c'étaient les hystériques elles-mêmes qui se suggestionnaient. Mais, pour le faire, il aurait fallu qu'elles connûssent ce que j'attendais d'elles. Or, je ne le savais pas moi-même. Et même encore aujourd'hui il m'est souvent difficile de prévoir exactement le moment où la régression de leur personnalité va commencer. Quant à savoir où elle s'arrêtera, je le constate, mais je ne puis jamais le prévoir. Qui leur apprend à faire cette régression jusqu'au moment seulement où elles ont commencé à s'engourdir sous l'influence d'une émotion ou d'une cause inhibitrice quelconque, à traverser, au cours de leur progression, très lentement les périodes où elles ont été le plus malades, le plus engourdies par conséquent, et beaucoup plus vite celles où elles se rapprochaient plus de la normale ? Et que d'autres preuves ne donnerais-je pas ?

Mais il est si simple de reproduire soi-même ces expériences. Voilà treize ans que je les poursuis, et que tous ceux qui les ont refaites ont corroboré ce que j'ai vu. Les faits sont les faits. L'interprétation peut différer. Mais avant de les interpréter il faut d'abord les constater. La question comporte en effet deux choses : 1° l'existence des phénomènes réactionnels somatiques et psychiques observés chez les hystériques sous l'influence d'excitations d'ordres divers sur le cerveau ; et 2° l'interprétation de ces phénomènes comme des réactions dues au réveil de l'activité cérébrale.

Sur le premier point aucune discussion a priori, théorique, ne peut apporter de lumière, l'expérience seule doit être employée; sur le second aucune discussion ne peut être ouverte avant que le premier ne soit tranché. Je pense que tout esprit scientifique souscrira à cette manière de voir.

En résumé, la théorie physiologique que j'ai proposée est la seule qui repose sur l'expérimentation en même temps que sur la clinique. Elle consiste essentiellement en ceci : l'hystérie est constituée par un état d'activité moindre — depuis la légère diminution jusqu'à l'inhibition complète — des centres fonctionnels de l'écorce cérébrale. L'hystérie n'est donc que l'exagération de ce qui se produit constamment à l'état normal, avec cette différence seulement que l'inertie ou l'inhibition peuvent se généraliser à toute l'écorce et persister indéfiniment. Qu'on appelle engourdissement, sommeil, inhibition, cet état de l'écorce, peu importe (1). L'essentiel est de le constater et cela pour deux raisons: la première c'est que cela permet de comprendre le double caractère physiologique et psychologique des troubles hystériques ; la seconde, c'est que cela nous fournit une thérapeutique pathogénique, laquelle sert en même temps de contrôle et de confirmation à la théorie physiologique. Quant à rapporter rigoureusement aux centres anatomiques du cerveau tels qu'on les délimite actuellement les troubles fonctionnels hystériques, j'abandonne d'autant plus volontiers cette question secondaire que je l'ai présentée avec beaucoup de réserve, d'une part, et que, d'autre part, toutes mes recherches de psychologie générale m'amènent à défendre de plus en plus une conception dynamique et non purement mécanique de l'activité cérébrale, dans laquelle l'autonomie étroite des centres corticaux telle qu'on la conçoit encore disparaît en grande partie.

---

(1) Je dois rappeler ici que le professeur Lépine dès 1894 (*Rev. de méd.*, p. 726) et en 1896 (*Rev. de méd.*, p. 651) établissait l'analogie qui apparait entre le sommeil et la paralysie hystérique, en les rapportant l'un et l'autre à une cause *mécanique*, à une *interruption* de l'influx nerveux au niveau des extrémités de deux neurones contigus. Cette *théorie mécanique* de l'hystérie essentiellement physiologique, elle aussi, montre un des aspects sous lesquels on peut se placer pour édifier une théorie physiologique complète, comme j'ai essayé de le faire.

PSYCHOLOGIE

Sur la symétrie bilatérale du corps et sur l'indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux. (*Suite.*)

(A PROPOS D'UN LIVRE RÉCENT.)

Par CH. BONNE

Médecin-adjoint à l'asile de Braqueville.

III. — APPLICATIONS DE LA THÉORIE. CONCLUSIONS (1).

Quoique l'Auteur n'ait voulu que « poser la question du duplicisme et non certes la développer en toutes ses parties et conséquences » (p. 141), ce premier aperçu de la théorie permet déjà de donner des nouvelles bases à la morale (p. 104) et une nouvelle méthode « aux investigations sociologiques » (p. 141).

A. LA MORALE. L'Auteur paraît méconnaître les systèmes de morale basés sur l'intérêt. Du moins n'en tient-il aucun compte : après avoir constaté que le raisonnement « éclairé et guidé par les seuls instincts primordiaux » (p. 104) a découvert un certain nombre de règles pratiques, il s'écrie « Eh oui ! La théorie dupliciste permet ainsi de fonder la Morale, non sur une règle ou une autorité suprahumaine, mais sur les principes découverts par l'humble raison..... » (p. 104). La base fournie à la morale par les systèmes de l'intérêt paraît pourtant bien aussi solide.

Ces « principes ». tels, du moins, qu'ils sont présentés, peuvent-ils constituer « un code de morale » ? Non, car ils ne sont pas systématisés : la pratique les trouvera un jour ou l'autre en défaut; ils ne peuvent même pas constituer la matière d'un code et l'Auteur est d'autant plus présomptueux en opposant une telle morale aux morales fondées sur une obligation supra humaine et, partant, sur une sanction, que ces morales, par ailleurs franche-

(1) Voir les nos de mars (p. 177), d'avril (p. 293) et de mai (p. 371).

ment inadmissibles, forment plus que toute autre un système complet où tout est prévu, tout se tient, tout est ordonné. Les règles du duplicisme ne seraient jamais, en mettant les choses au mieux, que des règles empiriques dont la généralisation pourrait se trouver injustifiée. Les règles des morales de l'intérêt, basées non pas sur une expérience unique mais sur la synthèse d'un grand nombre d'expériences comparées et coordonnées auront toujours une autre portée. En effet, si l'on peut à la rigueur admettre que l'homme livré à ses propres forces découvre qu'il faut « être prudent et modéré, respectueux des lois, doux, serviable », (p. 104), ce n'est pas au raisonnement qu'il le devra, même au raisonnement guidé par les instincts primordiaux, maintenant bienfaisants, des coêtres, mais à l'expérience. Et, pour donner une valeur générale à ces principes communs à tous les systèmes, le duplicisme est sans force, car il est incapable de fournir un moyen nouveau et qui lui soit propre pour les dégager des particularités de l'expérience par l'observation ultérieure de leur application dans un grand nombre de conditions diverses, pour les ramener, si possible à des principes plus généraux, et en faire, en un mot, un système complet

B. La méthode pour les sciences biologiques. Aux yeux de l'Auteur,cette méthode, d'un ordre tout à fait particulier et qui serait seule applicable dans les sciences biologiques, ne tire pas tant son importance de cette valeur pratique pourtant remarquable, c'est-à-dire des résultats auxquels elle pourra conduire,que de ceux auxquels elle a déjà abouti : explication de plusieurs principes ou faits généraux inexpliqués ou inadmissibles pour tout système autre que le duplicisme. Justifiée par conséquent par ses propres résultats,obtenus il est vrai depuis longtemps, mais par des voies obscures et peu scientifiques, elle justifierait à son tour le système duquel elle découle.

1° L'Auteur commence par poser en principe que ni l'induction, ni la déduction « n'est applicable, du moins dans la grande généralité des cas, aux sciences sociologiques » (p. 143). Par conséquent, ou bien ces dernières ne seront pas de véritables sciences : on pourra bien

« faire quelque chose comme une sociologie descriptive ; mais la morale, le droit, la politique, seront des illogismes, des contresens, des vanités » (p.149); — ou bien « il existe un troisième moyen de connaître, propre à la sociologie ».

Ce double dilemme est injustifié : à côté des sciences proprement dites, il y a des groupes de connaissances, tels que l'histoire et la géographie, dont la première, soit dit en passant, joue un assez grand rôle en sociologie, qui ne peuvent en aucune façon prétendre au titre de sciences. Entre ces groupes et les sciences parfaites, il y a les sciences, encore pauvres en abstractions et en généralités, dont la tâche principale est l'acquisition du plus grand nombre possible de faits particuliers réservés en majeure partie à des élaborations ultérieures ; elles ne peuvent prétendre au titre de sciences qu'en avouant leurs caractères de débutantes ; enfin, elles utilisent, presque exclusivement, un troisième moyen de connaître que l'auteur élimine sans raisons, et qui, logiquement et chronologiquement, précède l'induction et la déduction : la simple *observation* des faits, suivie de leur classement provisoire.

La connaissance indirecte, celle dont l'induction et la déduction sont les deux seules « sources positives », n'est pas seule en effet l'objet de la science : celle-ci comprend encore la connaissance directe, due au simple témoignage des sens avant le travail de l'esprit qui la généralisera, lorsque ce travail est suspendu dans l'attente d'une documentation plus complète et plus sûre ; tel est, on ne saurait le nier, le cas de la sociologie, du moins dans ses parties les mieux assises et, probablement, les plus utiles.

Du reste l'Auteur dénature et limite arbitrairement le rôle de l'induction dans la sociologie en restreignant la portée de l'observation : le sujet direct de l'observation ne saurait être autre qu' « une nation, considérée isolément dans l'ensemble de la Société humaine » (p. 145). Il n'y aura donc qu'un très petit nombre de sujets capables de servir de point de départ à des généralisations : 15 ou 20 nations seulement remplissent les conditions demandées. Grâce à une application fautive du lieu commun qui compare une société à un organisme, les phénomènes à observer acquièrent une durée incompatible avec une bonne observation : « Un peuple ayant une longévité de 12 à 15 siècles..., le phénomène qui chez l'homme aura duré six mois durera dix ans chez le peuple » (p. 1[illegible]) ; ou bien leur théâtre est trop vaste pour être embrassé par un seul observateur. Mais est-ce une raison pour que l'observation [illegible] pas telle qu'on peut l'imaginer, mais telle qu'elle doit être en l'espèce, soit « incomplète » ? Quelle est la science où la nécessité de la collaboration de plusieurs observateurs passe pour une ma[illegible] condition ?

Enfin, il est illicite de déprécier la méthode par les défauts supposés de ceux qui l'appliquent, et d'affirmer que l'induction est nécessairement influencée par les préjugés, les préventions, l'intérêt personnel, la passion de parti (p. 146) : un tel procédé ne peut que mettre en défiance à l'égard des raisonnements ultérieurs.

Quant à la déduction, notons provisoirement qu' « il n'y a pas de principe *a priori*... ou acquis par expérience qu'on puisse tenir pour absolu. Les quelques principes qui paraissent généralement acceptés ne sont que *relatifs* » (p. 143).

En résumé, même en tenant pour vraie « l'impuissance simultanée de la déduction et de l'induction » (p. 146), on ne supprime pas la sociologie : elle a encore d'autres ressources au moins provisoires. Mais elle pourrait aussi avoir à son service un autre moyen de connaître ; et ce moyen, pour ne plus être comme le voudrait l'Auteur, seul ou à peu près seul employé, n'en mérite pas moins d'être examiné.

2° Après avoir dénaturé le rôle de l'observation et du raisonnement dans la sociologie, l'Auteur prétend que celle-ci ne peut être une science que si elle se base sur des principes généraux, des règles de morale universelle. En d'autres termes, si l'on veut envisager spécialement la preuve a posteriori du duplicisme, la sociologie serait basée sur trois faits ou principes généraux dont elle ferait une constante application, qui guideraient et faciliteraient sa marche, et dont le duplicisme serait seul à faire connaître l'origine et à expliquer le parti qu'on en tire. Voici ces trois « faits généraux ».

a.—Nuisance de la passion, qui désaccorde les impultions individuelles ». Si le déterminisme était vrai, l'homme serait « le jouet des forces aveugles... qui déterminent et asservissent sa volonté » (p. 153). Mais, dans le duplicisme, « la personne humaine, une en sa dualité, prend conscience de son autonomie » : la théorie explique la « souveraineté de la raison ».

b. — Réaction forcée de la personne humaine sur le milieu pour en « reculer la résistance », développer ses propres facultés et aptitudes, et réaliser sa volonté.

c.—Sentiment de chaque homme qu'il a le droit de juger des autres par lui-même et le devoir (?) de se soumettre au jugement d'autrui. L'énoncé assez obscur de ce principe et son importance paraissent nécessiter la cita-

tion intégrale du texte : « ... le troisième grand fait général, qu'au nom de la philosophie dupliste nous avons à constater comme fondement d'une méthode sociologique nouvelle, à savoir que l'homme va se sentir *autorisé* à juger des autres par lui-même et, du même coup, par voie de conséquence logique, *à se soumettre* au jugement des autres hommes » (p. 155).

Nous ne chercherons pas quelles peuvent être la place et l'importance de ces « faits » en sociologie : tout est là affaire de définitions et l'Auteur n'en est pas prodigue. Il est permis de penser que la sociologie peut se passer de règles morales, qu'elle leur est même tout à fait étrangère, et que, au dessus des règles donnéees par l'introspection, il y a celles données par l'observation et dont la portée est ici tout autre ; on pourrait aussi soutenir avec plusieurs philosophes connus que le point de départ de la sociologie est purement et essentiellement objectif. Enfin, le troisième grand fait, basé sur une déduction (la similitude apparente entraîne l'identité de nature) est en lui même une induction pure (des caractères du jugement de tous d'après ceux du jugement d'un seul) et l'Auteur a refusé l'entrée de la sociologie à tous les principes généraux (p. 143).

Ces détails importent peu à la critique de la méthode et de la théorie. Le point capital, c'est que, si dans ce groupe hétéroclyte de faits et de principes, il y avait quelque chose de réellement utile et spécial aux sciences sociologiques, le duplicisme n'en serait pas démontré, car ces faits sont connus, expliqués et rattachés à une foule d'autres par la philosophie classique. L'Auteur, il est vrai, prétend celle-ci incapable d'expliquer ou de justifier les efforts de l'intelligence en vue de certaines connaissances, la généralisation de certaines données de la conscience, la lutte contre le milieu, « la haute dignité du travail » (p. 154), le sentiment de responsabilité, etc. Mais cette opinion erronée repose: 1° sur une confusion entre les deux sens du mot conscience, 2° sur l'ignorance de la psychologie classique.

1° Cette confusion est en effet manifeste : à la « conscience, voix divine » de Rousseau (p. 147) enrichie au besoin par une révélation, c'est-à-dire à la conscience mo-

rale, l'Auteur oppose la « conscience des déterministes » (p. 149) qui « évolue... sous l'action successivement accumulée des idées..... des souvenirs... des impressions.... synthèse de phénomènes organiques déterminés en dehors de notre libre volonté » (p. 148), bref la conscience proprement dite, connue de tous. D'autre part, cette même conscience «mouvante et fugace» (p.149),« sorte de cœnesthésie de l'esprit... qui ne peut prétendre à reconnaître en ses lois les lois d'autrui» (p. 152), est opposée ensuite à la conscience morale, « tribunal intérieur » (p. 151) où les forces aveugles dont la conscience déterministe est le jouet sont soumises à la souveraineté de la Raison. Enfin l'Auteur adresse à la conscience proprement dite, la « conscience déterministe », non seulement les reproches injustifiés « d'échapper à toute observation de durée suffisante» (p.149), et de se confiner dans « la connaissance de nos seules,propres et accidentelles sensations» (p.149), mais encore celui de ne pas fournir de règles morales.

Mais, dira-t-on peut-être, l'assimilation n'était-elle pas permise dans ce cas particulier où il s'agit de généraliser des notions ou des principes donnés par la conscience ? L'Auteur aurait alors dû en prévenir le lecteur et considérer successivement les deux acceptions dans tous les systèmes qu'il envisage, au lieu de tenir chacune d'elles pour propre à un système et comme le caractérisant.

2° Cette erreur concernant le « déterminisme » est certainement une des moindres que l'Auteur ait commises au sujet de la philosophie classique d'aujourd'hui. Mais exposer *comment* cette philosophie explique l'existence et les divers caractères des principes et des idées que l'on veut lui refuser,ce serait abuser de la patience des lecteurs qui ont poussé la lecture de cet article au-delà de l'énoncé de la thèse qu'il critique. Rappelons simplement à l'Auteur, en le renvoyant à ses classiques, que tous les déterministes dignes du titre de psychologue, et non pas seulement ceux qu'il appelle avec un certain mépris « les psychophysiologistes », connaissent et justifient l'existence en chacun de nous, au sein de la « conscience mouvante», d'un groupe permanent de principes rationnels dus au travail de l'esprit sur les données des sens (principes d'identité,de raison suffisante, etc.),certainement com-

muns et essentiels à tous les hommes ; qu'au dessous de ces principes, et en partie grâce à eux, il existe en chaque homme un complexus stable de notions d'abord étroites et pauvres, puis de plus en plus compréhensives, dues à l'expérience personnelle, à l'influence plus ou moins sentie du milieu, plus ou moins approfondies et éclaircies par l'éducation générale et par une éducation spéciale, liées, d'autre part, à des habitudes, à des tendances — dont souvent elles ne sont guère que l'expression — tantôt riches (caractères religieux,etc.), tantôt pauvres (rationalistes) en éléments affectifs, et qui constituent la conscience morale : conscience dont les ordres peuvent être d'une précision telle que de grands philosophes s'y sont trompés et l'ont considérée comme innée, tandis que, en réalité,elle est fonction du milieu et varie avec celui-ci, ce dont le duplicisme ne tient d'ailleurs aucun compte.

Il est facile de voir que dans la conscience morale ainsi comprise, se retrouvent tous les principes au monopole desquels aspire le duplicisme, et que ces principes ou faits y ont une tout autre portée, naturellement fonction de leur valeur intrinsèque.

Le déterminisme absolu, de Spinoza aux penseurs modernes, a toujours expliqué le rôle de la raison discursive et de la *raison pratique*, et la souveraineté que celle-ci peut exercer sur les forces extérieures ou intérieures, souveraineté faite en dernière analyse de la connaissance des conditions de ces forces, souveraineté *consciente* même chez le déterministe ou l'épicurien pratiquants, qui se savent capables de prévoir et de modifier, souveraineté, *active* chez tout homme, sur les sollicitations de l'« épithumia » comme sur les forces extérieures, tant pour les avantages immédiats de la victoire, pour « reculer la résistance du milieu », que pour les avantages à longue échéance, pour le « développement des facultés et aptitudes ». Le déterminisme explique ainsi « cette prédominance de plus en plus considérable de l'homme sur la nature » (p. 153) que son adversaire se vante d'expliquer seul (p. 154) ; il reconnaît « la haute dignité du travail ». C'est commettre entre ce système scientifique et le fatalisme une confusion grossière et d'autant plus inexcusable qu'elle est en contradiction avec les faits et a été

maintes fois relevée, que de dire : « Dans la doctrine déterministe, l'homme ne peut logiquement que se laisser aller, s'abandonner au courant qui l'entraîne ». (p. 149). L'homme même à l'esprit duquel serait toujours présente la parfaite conviction de la nature illusoire du sentiment de liberté, sait que les notions qu'il retire de l'étude et du travail, conscientes ou inconscientes deviendront plus tard des motifs d'action, le guideront et le serviront d'autant mieux qu'elles auront été mieux coordonnées et seront plus adéquates à la réalité.

Le duplicisme réclame encore pour lui seul le droit à la *généralisation* des données de l'observation intérieure, au double *point de vue descriptif* et pratique.

Il est surprenant au premier abord que des conclusions d'ordre scientifique soient refusées aux prémisses du déterminisme et accordées à celles d'un système dont la liberté est un des fondements. Pourtant ce système se targue d'atteindre seul « *à la connaissance de la vérité*, non seulement pour et dans soi-même, mais encore sur et dans autrui » (p. 157), de connaître la nature « des motifs chez autrui » (p. 17), mais cela au prix de quelle confusion ! « Dans la théorie déterministe... chacun s'isolait dans l'introspection de lui-même sans que rien l'autorisât à conclure de son état de conscience à l'état de conscience d'autrui » (p. 155). De ce que la conscience proprement dite ou plutôt le caractère conscient des faits intérieurs est impossible à définir, l'Auteur aurait-il conclu qu'il n'y a pas à en tenir compte ? Il est de fait que dans tout son livre il ne l'a jamais traitée d'une façon raisonnable.

Bien plus importante au *point de vue pratique*, la généralisation est nettement et à plusieurs reprises refusée au déterminisme dans lequel les motifs apparaissent « tous légitimes au même titre, presque fatals » (p. 155). La conscience ne pourra jamais « amener à la connaissance d'autre chose que de nos seules sensations » et cette connaissance ne pourra « jamais, même pour nous et à plus forte raison pour autrui, se traduire en formule de règle, de devoir » (p. 149). En vérité, devant un tel adversaire, le déterminisme a-t-il besoin d'une intervention quelconque ? Les motifs ont-ils une valeur appréciable en dehors de l'état social, et tous les hommes qui partagent cet état n'ont-ils pas le droit d'apprécier les motifs et les actes, ou du moins ce qu'ils en peuvent connaître en dépit du duplicisme par l'observation et le raisonnement, au point de vue, et à ce point de vue seulement, du rapport de ces faits avec les principes d'une valeur évidemment toute relative qui assurent la stabilité de l'état social ?

Le duplicisme veut asseoir le droit à la généralisation et au juge-

ment sur un principe, non pas inné, mais antérieur ou tout au moins étranger dans son origine à l'état social, fondé sur la seule organisation de l'esprit, et ayant pourtant la force impérative des règles fondées sur l'existence d'une cause supra-humaine. Il est donc par là, passible des objections insurmontables à tous les systèmes qui essayèrent de fonder sur les seules données de la biologie une morale proprement dite, par exemple, sur la tendance à persévérer dans l'être (Guyau etc.).

Bien plus, admettons que « les lois ou règles de conduite » (p. 151) formulées par l'intelligence après étude « des conditions du milieu et de l'être » soient immédiatement généralisables, cette intelligence étant supposée infaillible, sans confrontation avec les lois formulées par d'autres intelligences ; qu'elles découlent par conséquent en partie de l'étude du milieu social : ces lois pourront-elles jamais « se traduire en formule de règle, de devoir » (p. 149), cesser d'être relatives pour entrer dans le domaine de l'inconditionné, ainsi que l'Auteur le dit implicitement ? Il récuse en effet les lois fondées sur la seule expérience sociale, et veut un droit de juger inconditionné, dont il fait, chose curieuse, la condition essentielle, non seulement du droit proprement dit, simple convention, mais encore de la sociologie. Or de telles formules, dans la genèse desquelles la pratique sociale (que l'on peut supposer comprise dans l' « Etude des conditions du milieu ») ne joue qu'un rôle secondaire, et qui pourtant voudraient intervenir dans la sociologie pratique et théorique de par leur origine et leur caractère de *formules* de *devoir* absolu, n'ont en réalité, nul accès dans les rapports réciproques des hommes : elles n'ont pas, et ne pourraient avoir, lors même que le duplicisme serait vrai, le caractère absolu que l'Auteur leur attribue à l'imitation des spiritualistes. D'autre part, l'Auteur lui-même repousse de son système tous les modes d'information de la « conscience déterministe » : il cherche un critérium absolu pour l'appréciation des motifs et de la conduite de chaque homme ; il oublie enfin que dans tout système fermé au surnaturel, la formule de devoir la plus catégorique et la plus claire, ne représente jamais que la conclusion d'un raisonnement qui l'aura tout au plus justifiée, mais sans la pourvoir de la valeur pratique que l'expérience peut donner à des pactes, à des *modus vivendi* : qu'une telle formule est par conséquent parfaitement inutile, qu'il s'agisse de juger, ou bien de diriger une collectivité.

Enfin, dans ce jugement, application intempestive de l'induction et de la déduction, quelle part fait le duplicisme aux conditions intérieures et extérieures des deux esprits en présence, à la connaissance de ces conditions par celui qui juge, et surtout à la capacité intellectuelle de ce dernier ?

Le duplicisme a donc fermé devant lui la porte dont il prétendait interdire l'accès au déterminisme. Dans tous les faits sociaux,celui-ci reconnaît le sentiment de liberté et dans les faits en apparence les plus spontanés, dans les guerres, les révolutions « accomplies par les hommes au cri de leur conscience... sans se soucier de ce qu'en pourraient penser les faiseurs de théories philosophiques » (p. 157), les historiens les plus accrédités, les Taine, les Mommsen et leurs élèves n'ont vu et ne verront jamais que l'application, sinon la vérification impossible à distance, du déterminisme le plus absolu.

Le duplicisme revendique enfin la *responsabilité* ; cela est naturel puisqu'il admet la liberté ; mais,cette liberté. étant « limitée », c'est à tort qu'il a négligé d'indiquer les caractères particuliers qui en découlent pour le sentiment de responsabilité, et de spécifier ou tout au moins d'indiquer les circonstances dans lesquelles ce sentiment existera, sera limité ou non, ou, enfin, fera défaut. Mais est-il juste de refuser au déterminisme la connaissance de ce sentiment (p. 158), de ses formes et de ses effets ?

La foule de ceux qui n'ont jamais soulevé la question de la liberté mais la résoudraient affirmativement si elle leur était posée. et qui se croient soumis à des lois d'origine supra-humaine,croient leur responsabilité absolue en elle-même et limitée seulement par les causes extérieures, lesquelles seules, en cas de faute, seront prises pour excuse. Le déterministe qui sait que son sentiment de responsabilité, une fois débarrassé des croyances inculquées, n'est créé et entretenu dans son esprit que par la vie en société, ne tablera que sur la responsabilité purement relative que lui attribue cette société condamnée à ignorer les motifs d'action et à se comporter ainsi, comme si la liberté existait effectivement.

Entre ces deux extrêmes, ceux qui admettent le libre arbitre mais le croient souvent limité par des causes internes, auront ou un sentiment de responsabilité illimité, ou bien le sentiment de non responsabilité dans les cas ou les causes internes (états affectifs. états morbides etc.) auront agi. Chez tous, d'ailleurs, le déterminisme, qui explique facilement des nuances inconnues et inaccessibles au duplicisme, distinguera le sentiment immédiat et spontané, où prédomine l'élément affectif, du sentiment secondaire où la réflexion ou des associations fortuites ont fait prédominer l'élément intellectuel.

Il n'existe donc dans les sciences sociologiques ni fait

général, ni principe, ni moyen d'investigation dont le déterminisme ne contienne l'explication complète, tandis que les « explications » proposées par le duplicisme sont manifestement insuffisantes : la soi-disant preuve *a posteriori* n'a donc nulle valeur probante. Nous pouvons maintenant la considérer en elle-même, c'est-à-dire, puisque l'Auteur la donne pour une nouvelle méthode d'investigation (p. 142, 146, 156), examiner la *place* qui lui est assignée et sa *valeur* pratique.

1° Sur le premier point, les idées de l'Auteur sont d'une regrettable indécision ; à plusieurs reprises il a annoncé une méthode dont le champ d'application est bien distinct de ceux de la déduction et de l'induction ; puis on voit à la mise en œuvre que cette méthode, quoique pourvue d'un nom spécial (intuduction), ne conduit pas à des connaissances nouvelles, mais se réduit à des processus inductifs ou déductifs très simples, par lesquels l'esprit arriverait à certaines notions de nombre limité, processus si simples que l'Auteur n'a pas jugé utile de les décrire ; en effet, l'humanité se trouvait depuis longtemps en possession des notions qu'elle est censée leur devoir, sans avoir jamais remarqué par quelle voie y était arrivée, et sans que les grands penseurs eussent songé à le lui dire : « La clarté des recherches introspectives, de l'intuduction, a *de tout temps* dirigé les politiques, organisé les institutions » (p. 157). Finalement, la « méthode » se confond avec le bon sens et, vers la fin du livre, l'Auteur ne la considère plus que comme la preuve de son système, elle-même « *confirmée*, sinon par une fidèle et constante pratique, du moins par le sentiment universel des hommes » (p. 157). Cette intuduction conduit donc à des principes, vrais ou faux, peu importe, mais depuis longtemps connus et mis en pratique par le bon sens : elle n'aurait donc que la valeur d'un procédé de démonstration et l'Auteur s'est contredit en la donnant pour une méthode capable de conduire à des connaissances nouvelles. Il a, du reste négligé d'en tracer les règles : on ne voit pas, en effet, à quelles règles soumettre les vagues et hétérogènes généralisations que nous avons analysées ci-dessus. Pour cette première raison, il était illicite de chercher à caser cette soi-disant méthode dans l'arsenal de la logique à côté de

l'induction et de la déduction : elle use en effet de la première, lorsqu'elle généralise à l'universalité des consciences les données fournies par l'observation d'une seule, et, pour être juste, cette généralisation doit être faite suivant les règles de l'induction ; c'est en partie grâce à un raisonnement déductif que l'esprit a la notion de l'identité de nature de tous les hommes.

L'intuduction n'est donc pas un procédé logique. Sa dénomination est doublement injustifiée, d'abord parce qu'elle la place à côté de l'induction et de la déduction, procédés généraux, ensuite parce que ce n'est pas une méthode, mais simplement, et en mettant les choses au mieux, une suite de raisonnements inductifs et déductifs faits en vue d'un objet spécial : or s'il est en logique des raisonnements pourvus de noms spéciaux, ils les doivent non à leur matière, ainsi que l'intuduction, mais à leur forme.

2° En donnant donc à sa méthode, qu'il croit à tort bien individualisée, une dénomination particulière l'Auteur en a reconnu implicitement la stérilité. Que viendrait faire en effet l'observation interne suivie de la généralisation la plus sage dans la connaissance des phénomènes dont il fait lui-même le sujet de la sociologie et à propos desquels il critique si malencontreusement la portée de l'induction et de la déduction : dans l'observation « d'une nation considérée isolément », d'une guerre, d'une révolution, etc. ? S'il existe des notions de bien et de mal communes à tous les hommes, est-ce l'observation intérieure qui donnera à la sociologie ce que précisément elle a besoin de connaître : les différences de ces notions, soi-disant communes, d'une nation, d'une classe, d'une collectivité à une autre ? Du reste, la sociologie n'est-elle pas surtout une science d'observation en voie de progrès continuel, et n'est-ce pas la dénaturer, même la supprimer, que de vouloir la réduire à des formules générales, ou tout au moins faire jouer à celles-ci le rôle prépondérant ? Or, telle est l'idée de l'Auteur, ou telle est la conclusion qui découle de ses assertions : « Ce moyen de pénétrer autrui.... de découvrir *la formule* de ses besoins, de ses désirs, ne sera ni l'induction ni la déduction, il sera l'intuduction » (p. 157).

Si en effet la méthode préconisée par l'Auteur venait à être employée seule ou de préférence aux autres dans les sciences sociologiques, celles-ci ne seraient bientôt plus qu'une scolastique nouvelle: l'intuduction conduit à des *principes*, dont un au moins, le plus important, est faux de toute évidence ; le déterminisme conduit à des *connaissances* équivalentes, toujours et essentiellement soumises à de nouvelles enquêtes ; appliquée à la psychologie individuelle, ouverte tout entière au déterminisme, l'intuduction est incapable de faire connaître à la sociologie, au droit, à la politique, ce qui précisément lui est le plus nécessaire : les différences individuelles, les différences ethniques, ou d'après la classe, la caste, la profession etc. Et l'Auteur qui a imaginé « ce troisième moyen *de connaître* propre à la sociologie » (p. 142), abandonnée, d'après lui, de l'induction et de la déduction, accuse le déterminisme et « toute doctrine de non liberté « p. 158) de méconnaître « les plus incontestables enseignements de l'histoire » (p. 153) et de fermer obstinément l'oreille à la voix du bon sens !

La valeur psychologique du duplicisme est donc rigoureusement nulle : l'Auteur n'est pas parvenu à démontrer l'existence d'une double individualité, même dans les cas donnés par lui comme les plus probants ; puis, partant de ses propres prémisses, il lui a été impossible de revenir à l'unité de la conscience et de rattacher logiquement la conscience une de ce qu'il appelle la personne complète, à la conscience propre qu'il attribue à chaque moitié de l'organisme. Continuant la série de ses raisonnements, il a attribué à tort à sa philosophie le mérite d'expliquer certains faits devant lesquels elle reste en réalité muette, même si l'on concède au duplicisme ses points capitaux ; ces faits sont d'ailleurs familiers à tous les systèmes déterministes, contrairement aux assertions répétées de l'Auteur. Les applications qu'il a faites lui-même de sa théorie en prouvent l'inanité, soit que l'on récuse, soit que l'on accorde les assertions erronées par lesquelles il prépare le terrain pour ses tentatives de vérification.

Les défauts signalés dans la partie biologique se retrouvent dans la partie psychologique où ils peuvent aussi être rattachés pour la plupart à une insuffisance de documentation : de là les confusions entre objets différents, la méconnaissance des systèmes combattus et des objections déjà faites aux arguments donnés comme neufs, de fréquentes tautologies présentées comme définitions ou comme démonstrations, des raisonnements sans force, et quelquefois sans

suite, qui, joints à une absence de précision réellement étonnante vu la nature du sujet, conduisent l'Auteur à des contradictions implicites et même à des incohérences que lui cache précisément l'insuffisance de ses connaissances en physiologie et en psychologie.

Mais si la double individualité qui est à la base du duplicisme ne mérite pas d'être prise au sérieux, il n'en est pas de même de la question de l'indépendance fonctionnelle relative des hémisphères cérébraux, non pas telle que la présente le duplicisme, dont la conception est tellement encombrée d'erreurs et de contradictions qu'elle ne pourrait même pas servir à l'unicisme de démonstration par l'absurde, mais telle qu'elle a été envisagée par des psychologues ou des physiologistes.

On a vu, ou plutôt on pourra se convaincre grâce aux indications bibliographiques données dans le cours de cet article que tous les arguments invoqués de part et d'autre en faveur de l'indépendance psychologique des hémisphères sont insuffisants ; ce n'est peut-être là qu'une présomption qui pourra disparaître devant une connaissance plus approfondie des conditions du fonctionnement du cerveau. Mais il paraît incontestable que la tendance actuelle est de restreindre de plus en plus cette indépendance et le champ de l'activité isolée de chaque hémisphère : peut-être même cette activité isolée sera-t-elle un jour considérée comme incapable d'alimenter la conscience par ses équivalents psychiques, au moins pendant un certain temps. Toujours est-il que l'on voit aujourd'hui des manifestations de la synergie des deux hémisphères, là où l'on voyait autrefois soit l'influence de centres subordonnés, soit celle d'une seule moitié du cerveau : — action sur différents viscères fonctionnant seuls ou avec d'autres : estomac et intestin, cœur et muscles de la respiration ; — action sur les organes moteurs affectés aux organes sensoriels : vision stéréoscopique ; courant d'inhibition dans les mouvements latéraux des yeux ; mouvements de l'accommodation ; — manifestations elles mêmes de la sensibilité des sens spatiaux (vue) ou des sens dits qualitatifs (voir Cajal 1906, ou p. 216) ; — nature des centres de souvenir. L'hypothèse de Cajal à ce sujet (voir p. 217) est des plus plausible ; et, à s'en tenir aux seuls centres de souvenir connus, ceux des images verbales auditives et visuelles, le contenu de ces centres apparaît tel que leur interven-

tion semble nécessaire dans les actes psychiques encore simples mais dépassant les bornes de la logique des images ; la synergie des hémisphères est dans ces cas presque certaine, même si l'on ne tient pas compte de l'hypothèse de Cajal sur la diversité du contenu des centres de souvenir homologues, diversité en accord avec la loi de division du travail, et dont le résultat naturel est d'accroître la « capacité » physiologique du cerveau. Pour les opérations de l'entendement où les images des objets sont seules présentées par la mémoire, sans les mots qui les expriment, la collaboration des hémisphères paraît également nécessaire, collaboration effective et actuelle surajoutée à celle qui a présidé à l'acquisition par les sens des images réveillées, acquisition pour laquelle on a vu que la synergie des deux hémisphères est toujours indispensable, contrairement à ce que l'on croyait autrefois et quel que soit l'organe sensoriel qui ait recueilli l'ébranlement. Supposons, en effet, que toutes les images réveillées siègent dans un seul hémisphère, supposition déjà par elle-même infiniment invraisemblable ; on sait que chaque centre de souvenirs, primaire ou secondaire, est uni non seulement au centre de perception du même côté, mais encore (Cajal, Déjerine, Monakow, etc.), à celui du côté opposé, et, à chacun de ces deux centres, par des fibres dirigées dans les deux sens (Cajal, Déjerine, etc.) ; il l'est, en outre, et d'une façon certaine au centre homologue (homotopique) du côté opposé. Par conséquent, en admettant même que l'entendement trouve dans un seul centre de souvenirs les éléments d'une opération ou d'une série d'opérations qui toutes, par hypothèse, auraient encore leurs équivalents organiques dans le même hémisphère on voit que les centres correspondants, de perception et de souvenir, de l'hémisphère opposé seront forcément excités. Il est naturellement impossible de dégager du résultat commun l'action surajoutée, et contingente, si l'on veut, de l'hémisphère, dont l'intervention a été supposée secondaire ; mais il paraît probable que le réveil de quelques-uns des résidus qu'y a laissés l'impression première donnera plus de vivacité et peut-être même plus de précision aux images de souvenir.

Que l'on considère enfin, soit la notion d'espace visuel, tactile ou auditif et les représentations qui lui sont liées, soit les sensations, perceptions ou reconnaissances les plus simples, c'est-à-dire les éléments nécessaires à tous les actes de l'entendement,on voit que la synergie des deux moitiés du cerveau est indispensable pour la formation de ces éléments,comme elle le sera plus tard pour leur mise en jeu, dans les opérations simples portant sur les images concrètes et dans celles plus complexes qui portent sur les concepts. Qu'une des moitiés du cerveau manque, tous les résidus s'accumuleront forcément dans certains centres où leur réveil sera toujours possible : la lésion pourra ne se traduire par aucun symptôme psychique.Mais on a vu,que dans le névraxe intact, la disposition histologique et macroscopique des voies afférentes est telle que tout ébranlement diffuse plus ou moins dans les voies des deux côtés, puis laisse à l'occasion une trace plus ou moins profonde dans des points homotopiques des deux hémisphères : la présence de résidus dans l'un et l'autre côté amène la formation de centres sensori-moteurs homologues, mais non équivalents,dont le champ se précise par l'exercice et qui ne seront jamais appelés à fonctionner que d'une façon synergique, de telle sorte que l'esprit ne connaît jamais que leur contribution commune, quelle que soit la forme sous laquelle elle lui est présentée : notions simples, notions intégrées avec celles données par d'autres sens, etc.; de telle sorte également que le réveil d'une image fournie par ces centres ou plutôt par les centres de souvenir correspondants, met automatiquement en jeu les deux hémisphères, ou, en d'autres termes, est l'expression ou l'équivalent de leur fonctionnement simultané.

6 février 1907.

BIBLIOGRAPHIE

Abraham (K). — Beiträge zur Kenntniss der motorischen Apraxie auf Grund eines Falles von einseitiger Apraxie, *Ctrbl. f. Nervenheilk. u. Psych.*,XXX Jahrg., 1er mars, p. 161 à 176, et 15 mars, p. 209 à 223, 1907.

Bérillon (Edgar). — *De l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux*, thèse de Paris, 31 juillet 1884, 187 pages.

Biervliet (J.J.Van). — L'asymétrie sensorielle, *Bulletin de*

l. roy. de Belgique, août 1897. Le côté droit serait plus sen- que le gauche, de 1/9 environ.

L'homme droit et l'homme gauche, *Revue philosophique*, XLVII, p. 113, 276, 371.

L'homme droit et l'homme gauche. Les ambidextres. *Revue ophique*, octobre 1901. Résumé critique in *Année psychol.*, p. 396 à 400, 1902. — Chez les ambidextres, la mémoire de et de l'oreille gauches l'emporte constamment, comme chez uchers, sur celle de l'œil et de l'oreille droits.

EULER. — *Psychiatr.-neurolog. Wochenschrift*, 1902 (cité d'a- Abraham).

LK (Louis). — *Das Cerebellum der Säugetiere*, 338 pages, Iéna, scher, 1906.

OWN-SÉQUARD. — Communications à la *Société de Biologie* en 21 janvier, p. 28 à 30 ; 15 avril, p. 246 à 251 : voir surtout érience III ; 22 avril, p. 279 à 284 ; surtout la communication mai, p. 328 à 332 : Faits montrant combien sont variées et reuses les voies de communication entre les zones motrices surface cérébrale et les membres.

JAL (Santiago Ramon y-). — Estructura del quiasma optico y general de los intrecruzamientos de las vias nerviosas, *Rev. microg.*, tomo III, 1898. Traduction allemande : *Struktur des ma opticum nebst einer allgemeinen Theorie der Kreuzung der enbahnen*, Leipzig, Barth, 1899.

Studien ueber die Hirnrinde des Menschen, aus dem Spanis- übersetzt von Joh. Bressler, Leipzig, Ambrosius Barth. 5e cule : *Vergleichende Strukturbeschreibung und Histogenesis der rinde. Anatomisch physiologische Betrachtungen über das n, Strucktur der Nervenzellen des Gehirns*, mit 47. Abb., 1906.

RLET (G.) — *Précis de Zoologie*, 4e édition, refondue par Rémy IER, Paris, Masson, 1896.

AUS (C.) — *Traité de Zoologie*, 2e édition française, traduite de mand sur la 4e édit., par G. MOQUIN TANDON, Paris, Savy

MONTPALLIER. — De l'indépendance fonctionnelle de chaque sphère cérébral et de l'influence du degré des excitations péri- iques sur le degré des manifestations fonctionnelles de chaque sphère cérébral chez l'hystérique hypnotisée, *Soc. Biol.*, let 1882, 7e série, vol. IV, p. 515 à 521.

MONTPALLIER. — Indépendance fonctionnelle de chaque sphère cérébral. Illusions, hallucinations unilatérales ou bi- ales provoquées chez les hystériques. *Ibid.*, séance du 16 déc. , p. 786 à 797.

RÉ (Ch.). — L'excitabilité comparée des deux hémisphères raux chez l'homme, *Année psychol.*, VII, p. 143 à 160, 1901.

RÉ (Ch.). — L'alternance de l'activité des deux hémisphères raux, *Année psychol.*, VIII, p. 107 à 149, 1902. Longue biblio- hie du dualisme cérébral (p. 107 et 108 et 146 à la fin). Ce mé- e (expériences d'ergographie) est une nouvelle démonstration ecte de l'existence de fibres unissant « chaque moitié de la

moelle et chaque organe périphérique aux deux hémisphères.... Lorsqu'il existe un obstacle à un mouvement volontaire unilatéral, l'influx nerveux tend à prendre la voie symétrique du côté opposé. Cette tendance au transfert est d'autant plus marquée que le sujet a plus l'habitude des mouvements symétriques... Le transfert des actes qui ont nécessité un apprentissage démontre la réalité de l'éducation croisée », par exemple de la main gauche par la main droite pendant que celle-ci apprend à écrire.

GRASSET (J.).—Plan d'une physiopathologie clinique des centres nerveux, *Montpellier médical*, XIX, 1904.

— L'action motrice bilatérale de chaque hémisphère cérébral, *Année psychol.*, XI, p. 434 à 445, 1905.

HARALD HÖFFDING. — *Esquisse d'une psychologie fondée sur l'expérience*, édition française rédigée conformément à la 4e édit. danoise par Léon Poitevin, préface de P. Janet. Paris, Alcan, 1900.

JANET (Pierre). — *L'automatisme psychologique*, 2e édition, 1894, Paris, F. Alcan.

LEBAR (L.). — *Hyperesthésies systématisées et troubles connexes*, thèse de Paris, 1906, 311 pages (sous l'inspiration du Dr Jacquet).

LIEPMANN. — Das Krankheitsbild der Apraxie, *Monatschr. f. Psychiatrie und Neurol.*, 1901.

LIEPMANN. — Die linke Hemisphære und das Handeln, *Münch. med. Woch.*, 1905, (cité d'après Abraham).

MAAS (Otto).— *Einführung in die experimentelle Entwickelungsgeschichte* (*Entwickelungsmechanik*), mit 135 Fig. im Text.,Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1903. Cet ouvrage contient, outre l'indication bibliographique, l'exposé critique des travaux cités de Chabry, Driesch, Campton, Herbst, et des autres travaux des mêmes auteurs sur la mécanique du développement antérieurs à 1903.

MAGNIN.— *Du fractionnement des opérations cérébrales et en partie de leur dédoublement dans les psychopathies*, thèse de Paris, 1882.

MYERS (Fr.). — On a telepathie explanation of some so-called spiritualistic phenomena, *Proceedings of the Soc. for psychical research*, II, 217. Cité d'ap. P. Janet, 1894, p. 403.

— Automatic writing. *Ibid.*, 1885, p. 39 (id.).

— Multiplex personnality. *Ibid.*, 1887, p. 499.

RABIER (Elie). — *Leçons de philosophie*; I *Psychologie*, 6e édition. Paris, Hachette, 1898.

RIBOT (Th.).— *Les maladies de la personnalité*, Paris, F. Alcan, 1re édit., 1884 ; 5e édit. 1894.

— *L'évolution des idées générales*, Paris, Alcan, 1890.

ROMANES (G. J.). — *L'évolution mentale chez l'homme. Origine des facultés humaines*, traduit de l'anglais par H. de Varigny, Paris, Alcan, 1891.

SABATIER (C.). — *Le Duplicisme humain*, 1 vol. in 18o, 160 pages. Préface de J. E. ABELOUS, Paris, F. Alcan, 1907.

SÉGLAS (J.).—Des hallucinations antagonistes unilatérales et alternantes, *Annales médico-psychologiques*, 8e série, tome XVIII, p. 11 à 27, 1903. Résumé in *Année psychol.*, XI, p. 532 et 533, 1905.

.— Una teoria dell' allucinazione, *Rivista di patol. nervosa* ·, VI, f. 12, 1901.
›TTI (Ferdinando).—(Hypertrophie compensatrice du fais-amidal dans un cas de cérébroplégie infantile), *Rivista di rvosa e mentale*, X, nº 9, p. 413 à 422, septembre 1905. une analyse des *Annales médico-psychologiques*).
T (Wilhelm).— *Grundzüge der physiologischen Psychologie*, Leipzig, W. Engelmann, t. I, 1902.

ırtie de ce mémoire qui a paru dans le numéro n'a pu être revue qu'une fois entre la composition ·age. Voici la correction des fautes d'impression ı importantes.

Ligne	*Lire :*
	internes et de l'état
	ou de sensations, considérés
·n bas	tériques : rien
	le blanc dû
	plus tard, et sans
·n bas	unilatéraux : le dipsomane
5	plus complexes, même
t 28	*Intervertir ces deux lignes.*
	en effet, ne peut pas
la note	(voir p. 211)
id.	un seul hémisphère aurait (hätte)
id.	sensorielle guéries
t 26 id.	le trouble [des centres... gauche]
l.	rechten Hemisphäre geführte Psyche) ».
l.	(voir p. 190)
ıière	Louis V., p. 307 et 308
dernière.	L'Auteur a-t-il
	contraire au duplicisme
dern.	l'acte éprouvée par
·n bas	Or, les états dans lesquels
	et ne sont alors pas davantage en faveur
	surtout p. 20 et sqq.
3 d'en bas	complexes (à rapprocher... sensations complexes)
3	organes sensoriels d'un côté
3 d'en bas	psychiques qui formèrent et entretiennent
	sensibilité tactile
	qui devrait précisément
5	elle-même ? En d'autres
en bas	de l'esprit :
·n bas	nécessaire, les consciences des coêtres
	la conscience, une, peut
en bas	causes qui les
	manifeste pas, ce que
	parvient-il à gouverner

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

XXIII. — **Anomalies multiples congénitales par atrophie numérique des tissus**; par KLIPPEL. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1906, n° 2.)

Il faut entendre par atrophie numérique un arrêt de développement d'un organe sans aucune autre lésion que la diminution du nombre des éléments anatomiques qui composent cet organe et sans aucun autre trouble fonctionnel que ceux qui peuvent résulter d'un moindre volume organique (diminution de l'étendue des mouvements par exemple). F. T.

XXIV. — **Hypotrophie d'origine bacillaire; troubles de la voie pyramidale**; par CLAUDE et LEJONNE. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1906, n° 2.)

Observation d'infantilisme annangioplasique chez une femme de 20 ans à antécédents tuberculeux, tuberculeuse elle-même et présentant une double lésion mitrale. — Il est probable que la maladie de cœur reconnaît pour cause une endocardite tuberculeuse fœtale et que c'est à l'action combinée de la bacillose et de la lésion cardiaque qu'est due l'hypotrophie. A rapprocher des cas de nanisme mitral. La malade présente en outre des troubles moteurs et réflexes indiquant une lésion du faisceau pyramidal. Les auteurs admettent comme vraisemblable un arrêt de développement de ce faisceau, reconnaissant la même cause que la malformation cardiaque : l'infection tuberculeuse fœtale nées pendant la vie intra-utérine, les deux lésions, cardiaque et pyramidale, sont restées longtemps à peu près latentes et n'ont manifesté leurs symptômes qu'au moment de la puberté.

F. TISSOT.

XXV. — **Régénération collatérale de fibres nerveuses terminées par des massues de croissance, à l'état pathologique et à l'état normal; lésions tabétiques des racines médullaires**; par NAGEOTTE. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1906, n° 3.)

La seule forme de réparation nerveuse connue jusqu'ici est celle décrite par Ranvier : la régénération terminale ; il en existe une autre que l'auteur est parvenu à mettre en évidence, dans les ganglions et les racines postérieures des tabétiques par la méthode de Ramon Y Cajal et à laquelle il propose l'appellation de régénéra-

tion collatérale : les fibres néoformées, très fines et amyéliniques pour la plupart, naissent par bourgeonnement soit du corps cellulaire, soit de l'axone sous forme de collatérales, présentent un trajet plus ou moins compliqué de ramifications, d'enroulements et se terminent toutes par des massues qui représentent à l'âge adulte les cônes de croissance de la période embryonnaire. Ces fibres à massues ne sont point l'apanage de l'état pathologique, elles existent à l'état normal : Cajal en a décrit dans les ganglions rachidiens et sympathiques, l'auteur en a trouvé dans les cornes de la moelle. C'est là une disposition probablement générale dans le système nerveux et ces fibres à massues de croissance doivent être considérées comme des organes de réparation, des axones de remplacement destinés à remédier à l'usure physiologique des fibres, nerveuses. Leur multiplication excessive dans le tabes, l'orientation des massues et leur accumulation au pôle supérieur des ganglions indiquent sans aucun doute que ces néoformations sont appelées à remplacer les fibres radiculaires détruites. Peut-être ce processus régénérateur aboutirait-il à restaurer la fonction si le foyer de névrite radiculaire ne semblait créer sinon un obstacle infranchissable du moins une zone dangereuse pour les massues. L'emploi de la méthode de R. Y. Cajal a permis à l'auteur de constater en outre que des lésions des racines, peuvent être décelées par la présence de fibres régénérées terminées en massues, avant que soit appréciable la sclérose des cordons postérieurs ; que d'autre part il existe dans le tabes une lésion des fibres radiculaires qui précède leur destruction : cette lésion, qui consiste dans un gonflement moniliforme des cylindraxes, occupe dès le début toute la hauteur des fibres radiculaires postérieures ; dans la racine antérieure elle ne se rencontre, au début du tabes, qu'au niveau et au-dessous du foyer inflammatoire de la névrite radiculaire transverse.

F. TISSOT.

XXVI. — **Abcès cérébral, nécrose corticale, syndrome méningé** ; par DUPRÉ et DEVAUX. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1906, nº 3.)

Les abcès cérébraux les plus nettement circonscrits, s'ils représentent grossièrement des lésions en foyer, équivalent en réalité, par l'extension lointaine de leurs produits toxiques, à des encéphalopathies histologiquement diffuses, dont l'expression clinique trahit le caractère général et la nature toxique. A l'appui, observation d'un homme tuberculeux qui, au milieu de troubles nerveux vagues, fait quelque ictus successifs et meurt avec le tableau de la méningite tuberculeuse ; à l'autopsie on trouve deux abcès tuberculeux collectés, mais aucune trace de lésion méningée. Sous le microscope, deux ordres de lésions : les unes, celles des abcès circonscrits, de nature inflammatoire, d'évolution lente,

produites par l'infection microbienne partie du poumon ; les autres, celles de l'écorce, diffuses, de nature nécrotique, d'évolution aiguë, relèvent de l'imprégnation toxique du cortex par les produits émanés des abcès. « Il est intéressant de rapprocher la double évolution clinique des accidents de la double évolution anatomique des lésions. Aux lésions centrales et lentes des régions tolérantes correspond le syndrome insidieux et fruste des abcès cérébraux latents. Aux lésions corticales, rapides et massives, aiguës, correspond l'explosion des symptômes manifestes d'une méningo-encéphalopathie diffuse, aiguë, dont le tableau était celui d'une méningite tuberculeuse. ».

Ce fait montre une fois de plus que la pathologie des méninges est presque toute d'emprunt, et que certaines encéphalopathies peuvent revêtir, en l'absence de toute lésion méningée, une expression clinique que l'on qualifie de méningitique, alors qu'elle ne relève que de l'intoxication corticale. F. Tissot.

XXVII.— **De quelques altérations du tissu cérébral dues à la présence de tumeurs** (*Suite*) ; par Weber. (*Nouv. Icon. Salpêtrière*, 1906, n° 3.)

Comme suite à un travail publié dans la *Nouvelle Iconographie* 1905, n° 2, analysé dans les *Archives de Neurologie* 1906, n° 123, l'auteur apporte deux nouvelles observations avec autopsie, qui confirment en tous points ses premières conclusions : l'existence d'un courant liquide allant des ventricules latéraux au troisième et de là par l'aqueduc au quatrième ; la production d'altérations du tissu cérébral sous l'influence de la pression développée par l'obstruction de ce courant par une tumeur ; la plus grande résistance de l'écorce à la pression que de la substance blanche. Les néoplasmes développés dans la substance blanche sont particulièrement bien placés pour intercepter le courant lymphatique qui se dirige vers les ventricules. L'évacuation de liquide céphalo-rachidien peut remédier à l'augmentation de pression produite par la croissance d'une tumeur. F. Tissot.

XXVIII. — **Remarques sur la stéréotypie graphique** ; par Antheaume et Mignot. (*L'Encéphale*, 1906, n° 4.)

Exposé d'un cas remarquable par la complexité du contenu et la fixité de la forme : il s'agit d'un malade qui depuis sept ans rédige chaque semaine, et sans modèle sous les yeux, six lettres si exactement identiques en tout qu'elles sont superposables comme les épreuves d'une planche stéréotype : « les mêmes phrases, les mêmes mots, les mêmes signes sont invariablement toujours au même endroit, à la même place ; les pages commencent et finissent chaque fois sur les mêmes termes ; elles contiennent toutes le même nombre de lignes. » Cet homme a dans ses habitudes et ses

manières d'être, la même fixité que dans ses écrits ; ses réactions extérieures annoncent à première vue un dément, elles cachent en fait un délirant systématique persécuté, ce qui prouve qu'en général les actes ne suffisent pas pour apprécier un état mental, qu'un diagnostic ne peut être posé qu'à la suite d'examens répétés et fouillés. Dans le cas spécial, l'idée délirante commande la discipline sévère qui dirige le malade dans ses pensées et dans ses actes, et qui fait de lui un stéréotypé volontaire et conscient mais non automatique. A ce propos les auteurs critiquent la définition de la stéréotypie donnée par Dromard comme trop étroite, en excluant « les manifestations motrices répondant à un contenu idéo-affectif actuel, quelque soit leur degré de fixité », en ne s'appliquant en somme qu'aux stéréotypies démentielles. F. TISSOT.

XXIX. — **Infantilisme et dégénérescence psychique ; influence de l'hérédité neuro-pathologique** ; par MAGALHAES LEMOS (*Nouv. Icon, de la Salpêtrière*, 1906 nº 1.)

Observation très détaillée d'un cas d'infantilisme vrai, type Brissaud, associé à la dégénérescence mentale, compliqué de myxœdème et d'obésité, à la production duquel concourt une hérédité convergente des plus chargées aux points de vue nerveux, mental et dégénératif. Influence favorable du traitement thyroïdien sur l'obésité, nulle sur l'état des organes génitaux et sur les fonctions sexuelles, ainsi que sur l'état mental. F. T.

XXX.— **La spondylose rhizomélique ; anatomie pathologique et pathogénie** ; par MM. MARIE et LÉRI. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1906, nº 1.)

Si la maladie décrite par P. Marie en 1898, comme une « affection singulière caractérisée essentiellement au point de vue clinique par une ankylose à peu près complète de la colonne vertébrale (spondylose) et des articulations de la racine des membres (rhizomélique) » est bien connue cliniquement aujourd'hui, il n'en est pas de même au point de vue anatomique ; car il n'existe guère en fait d'autopsie que celle publiée en 1899 par P. Marie et Léri. Une nouvelle autopsie leur permet de confirmer entièrement les hypothèses qu'ils avaient émises alors timidement sur la nature de la spondylose rhizomélique, à savoir que cette affection est une ostéopathie infectieuse ou toxi-infectieuse caractérisée primitivement par une raréfaction osseuse et secondairement par une ossification compensatrice localisée aux ligaments, bourrelets et ménisques. L'hyperossification apparaît ainsi comme une réaction curatrice du processus raréfiant. De par l'anatomie et la pathogénie la spondylose rhizomélique se distingue nettement de toutes les autres affections ankylosantes de la colonne vertébrale (cyphose hérédo-traumatique, rhumatisme vertébral ankylosant).

Les indications thérapeutiques sont encore peu précises : un seul procédé est recommandable parce que sans danger, c'est l'utilisation de la pesanteur pour le redressement des déformations ou l'obtention d'ankyloses en bonne position. F. Tissot.

XXXI. — **Contribution expérimentale à la psychophysiologie de l'usage des lunettes** ; par Féré. (*Nouv. Icon de la Salpêtrière*, 1906, n° 1.)

L'usage d'appareils légers et bien construits augmente notablement la capacité de travail et d'attention ; les lunettes sont à cet effet de beaucoup supérieures aux lorgnons. F. T.

XXXII. — **Le faisceau longitudinal inférieur et le faisceau optique central ; quelques considérations sur les fibres d'association du cerveau** ; par La Salle Archambault. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1906, n°s 1 et 2.)

L'examen histologique en coupes sériées de huit cas de ramollissement étendu des régions postérieures de l'hémisphère cérébral amène l'auteur à modifier sensiblement les notions classiques admises sur l'origine et la nature de certains faisceaux, en particulier du faisceau longtitudinal inférieur. D'abord ce faisceau ne doit pas être confondu avec la couche sagittale externe (ces deux appellations sont à tort considérées comme équivalentes) : il ne constitue en effet qu'une partie de cette couche, au même titre que les faisceaux de Sachs, de Wernicke, de Vialet. Selon l'opnion classique, le faisceau longitudinal inférieur est un long faisceau d'association entre les lobes occipital et temporal. Dans ses recherches l'auteur n'a jamais vu de dégénération du faisceau longitudinal inférieur consécutive à des lésions occipitales ou temporales corticales, par contre la dégénération a toujours suivi les lésions du noyau lenticulaire, du corps genouillé externe, de la partie de la couche optique immédiatement attenante. Il le considère donc comme un faisceau de projection, la couronne rayonnante corticipète du lobe occipital, ayant son origine dans le corps genouillé externe et sa terminaison sur les deux lèvres de la scissure calcarine (sphère visuelle corticale). Ce faisceau, que l'auteur, propose d'appeler « faisceau optique central », apparaît ainsi comme une partie du faisceau longitudinal inférieur des classiques c'est ce dernier moins les fibres d'association qui encombrent son territoire. Dans la capsule interne le faisceau optique central, comme d'ailleurs les autres faisceaux de la couronne rayonnante, est dissocié par les radiations thalamiques se rendant au pulvinar.

De son travail l'auteur tire d'autres conclusions ; le cingulum relie les première et deuxième circonvolutions limbiques aux circonvolutions des faces médiane et latérale de l'hémisphère et *vice versa* ; ses deux segments, horizontal et inférieur, se continuent dans

le lobe occipital sous les noms de faisceaux de Sachs et de Vialet, ces deux derniers vaisssaux ne sont pas propres au lobe occipital, ils existent également dans le lobe pariéto-temporal. Il en est de même du faisceau vertical de Wernicke qu'on retrouve dans le lobe temporal. Les radiations thalamiques postérieures (pariéto-occipitales) et inférieures (temporo-occipitales) proviennent de toutes les circonvolutions des lobes temporal et occipital et de la partie postérieure du lobe pariétal. Le tapetum est formé exclusivement de fibres calleuses, il ne renferme pas de fibres d'association. Il n'existe pas chez l'homme de faisceau d'association occipito-frontal. Aucune fibre de l'écorce occipitale ne passe dans le pied du pédoncule cérébral ; toutes les fibres que les régions postéro-inférieures de l'hémisphère envoient au pédoncule proviennent du lobe temporal, surtout de la partie moyenne de la deuxième circonvolution temporale et en partie de la troisième: ces fibres constituent le faisceau de Turck. F. Tissot.

XXXIII. — **Rachitisme tardif et scoliose des adolescents** ; par Brissaud et Moutier. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1906, n°2.)

Scoliose survenue peu de temps avant la puberté, avec formation rapide d'une gibbosité très accusée, sans cause apparente : donc scoliose essentielle dont certains caractères permettent de dire qu'elle est une manifestation du rachitisme tardif. F. T.

XXXIV.—**Quelques notes cliniques sur les analyses d'urine et leurs résultats** ; par Robert Jones. (*The Journal of mental Science*, Janvier 1906.)

Cette étude est basée sur 969 analyses d'urine faites au lit du malade chez les aliénés de l'asile de Claybury, et dont voici un résultat sommaire : 1° *Quantité* : Elle n'a pas été mesurée pour 24 heures; 2° *Couleur* : l'urine a paru être plus foncée au moment de l'entrée, c'est-à-dire dans les états plus ou moins aigus ; mais il faut se souvenir que même à l'état sain la coloration de l'urine est extrêmement variable ; 3° *Réaction* : L'urine était acide 85 fois sur 100, probablement à cause du phosphate acide de soude, et non par suite de la présence d'un acide libre, elle était neutre 13 fois sur cent, et alcaline deux fois sur 100. 4° *Consistance* : variable, mais pas d'observations précises.

5° *Odeur* : pas notée dans tous les cas, mais quelquefois très forte 6° *Densité* : notée dans 963 cas : 1.000 à 1009, 5 fois ;—1010 à 1019; 364 fois ; — 1020 à 1029 420 fois ; — 1030 à 1039, 159 fois ; — 1040 à 1049, 15 fois. — 7° *Constitution chimique* ; *phosphates*. — Dans près de 25 pour % des cas (240 sur 969) les phosphates étaient en excès, et cela non seulement dans les urines alcalines ou neutres mais dans celles qui étaient acides ; 8° *Albumine* : Dans 7 pour cent des cas, on a trouvé de l'albumine en plus ou moins grande quan-

tité, sans que la nature de cette albumine ait été précisée. — 43 pour cent des albuminuriques étaient des mélancoliques, 30 pour cent des maniaques et 18 pour cent des déments ; 9° *Sucre* : Sa présence a été constatée dans 25 pour cent de la totalité des cas observés. Mais tous ces cas étaient des cas de glycosurie, avec disparition éventuelle du sucre : aucun cas de diabète sucré n'a été constaté. R. de MUSGRAVE CLAY.

XXXV.—**Une réaction du sérum appparaissant chez des sujets en état d'infection** ; par M. LEWIS C. BRUCE. (*The Journal of mental Science*, août 1906.)

L'auteur a observé le sérum de tous les entrants à l'asile de Perth, en utilisant comme agents passifs les globules rouges de son propre sang : il décrit la technique employée et note les constatations suivantes : la réaction agglutinative s'est produite sans exception dans tous les cas de manie avec ou sans confusion de folie circulaire, de folie manio-dépressive, de katatonie, d'hébéphrénie, d'épilepsie avec excitation. Elle ne s'est pas produite dans les cas de folie ayant une autre cause que l'infection bactérienne, par exemple dans la mélancolie d'origine métabolique dans la folie avec délire systématisé, dans la folie par épuisement, par anémie cérébrale, etc. Il a noté en outre que les globules rouges d'un malade qui fournit cette réaction agglutinative sont protégés non seulement contre l'agglutinine du sang du malade lui-même, mais aussi contre l'agglutinine du sérum d'un autre malade, c'est-à-dire que si l'on emploie les globules rouges d'un malade atteint de manie aiguë comme réactif du sérum d'un malade atteint de folie circulaire, la réaction agglutinative ne se produit pas. L'auteur rapporte en terminant quelques expériences faites par lui sur des lapins. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXXVI.—**Sur l'instinct : étude psycho-physique d'évolution et de dissolution** ; par M. W. H. B. STODDART. (*The Journal of mental Science*, juillet 1906.)

Dans ce travail ingénieusement conduit et sévèrement déduit, l'auteur s'est proposé d'établir : 1° Que les mouvements volitionnels et les mouvements instinctifs sont exécutés par des tractus différents du système nerveux ; 2° que le système moteur volitionnel évoluant et se développant plus tardivement que le système moteur instinctif est celui des deux qui est le plus tôt et le plus facilement compromis dans le cas de trouble mental ; 3° que lorsque le système moteur instinctif est atteint, les instincts disparaissent dans l'ordre inverse de leur développement, c'est-à-dire de leur évolution. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXXVII. — **La signification clinique de l'indoxyl dans l'urine**; par M. LEWIS C. BRUCE. (*The Journal of mental Science*, juillet 1906.)

Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes : 1° Il existe une connexité entre la présence d'un excès d'indoxyl dans l'urine et le symptôme mental (dépression) ; 2° à en juger par les résultats du traitement dans l'un des cas observés par l'auteur, la présence de l'indoxyl pourrait bien avoir été le principal facteur étiologique de la maladie mentale ; 3° les preuves semblent indiquer que l'indoxyl provoque la dépression bien plutôt que d'en être la conséquence ; 4° le fait d'avoir pu observer quatre cas types de mélancolie sans indoxyl urinaire semble démontrer que nous ne pouvons pas considérer tous les cas de mélancolie comme présentant de l'intoxication par l'indoxyl. Nous devons toutefois nous souvenir que beaucoup de toxines en s'unissant aux cellules nerveuses ou en modifiant de toute autre manière leur activité fonctionnelle peuvent déterminer des effets mentaux prolongés alors même que la toxine ne peut plus être décelée dans les excrétions. L'auteur pense que c'est là probablement qu'il faut chercher l'explication de notre impuissance à améliorer les malades dont le traitement a été commencé tardivement ; 5° La présence d'un excès d'indoxyl dans l'urine révèle une surcharge du tube digestif, qu'il faut traiter immédiatement par de grands lavements et le régime lacté pur ou lacto-farineux.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXXVIII. — **Valeur des lésions corticales dans les psychoses d'origine toxique**; par BALLET et LAIGNEL-LAVASTINE. (*L'Encéphale*, 1906, n° 5.)

Il y a des lésions de l'écorce dans les psychoses toxiques : ces lésions ne sont pas constantes, elles ne diffèrent pas suivant la nature de la psychose, elles ne sont pas inflammatoires mais dégénératives. Chez 31 malades non délirants, il ne fut observé qu'une fois des lésions cellulaires corticales : par contre sur 28 cas de délirants manifestes, il existait 13 fois des lésions certaines (neuronophagie, déformation globulaire, chromatolyse, migration périphérique du noyau déformé). D'où il ressort que, dans les toxi-infections, on ne trouve d'altérations corticales que chez les sujets délirants, que, par contre, souvent le délire existe sans lésions corticales appréciables. Il semble donc qu'il n'y a pas un rapport rigoureux, nécessaire, entre la lésion cellulaire et le trouble mental; l'un et l'autre exprimeraient chacun à leur manière et dans une certaine mesure, indépendamment l'un de l'autre, l'intoxication de l'écorce. C'est au reste bien plus la durée d'un processus pathologique que sa cause et son aspect clinique qui modifie l'histologie du cortex.

F. TISSOT.

XXXIX.—**L'application et la recherche des tests mentaux de Binet chez les enfants des écoles communales de Gand** ; par le Dr Dupureux. (*Journal de Neurologie*, 1906.)

De l'étude, chez les enfants des écoles communales de Gand, au moyen des tests mentaux modifiés de Binet, de la faculté de comparaison, de la mémoire auditive, de la mémoire des images, des chiffres, du dessin, etc., l'auteur tire la conclusion que l'intelligence des entants de la classe ouvrière flamande s'éloigne assez notablement par son mode d'extériorisation de celle des enfants de la classe ouvrière parisienne. Cette infériorité apparente des petits flamands serait due aux conditions de vie, de milieu, etc., éminemment moins favorables au développement de l'intelligence dans lesquelles sont placés ces enfants par rapport aux enfants parisiens. G.-D.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

LXVI.— **Note sur quelques cas de trichotillomanie chez des aliénés** ; par Féré. (*Nouv. Icon. Salp.* 1906, n° 2.)

Il s'agit de trois aliénés qui furent pris, presque en même temps et dans le même service hospitalier, d'un besoin irrésistible de s'arracher les poils, et chez lesquels toute hypothèse de suggestion ou d'imitation doit être écartée. Aucun n'a paru obéir à une sensation subjective préalable, mais il est probable qu'ils ont eu un prurit quelconque. F. T.

LXVII.— **Arthropathie nerveuse chez un paralytique général non tabétique** ; par Etienne et Perrin. (*Nouv. Icon. de la Salp.*, 1906, n° 3.)

Les cas analogues connus sont relatifs à des paralytiques généraux tabétiques. F. T.

LXVIII.— **Œdeme des pieds chez deux imbéciles ; par Trepsat** (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1906, n° 1.)

Infiltration à forme de pseudo-œdème avec cyanose intense et algidité, analogue à celle des myxœdémateux, et sur laquelle l'influence du traitement thyroïdien a été à peu près nulle. Ces œdèmes relèvent de troubles vaso-moteurs et trophiques.

F. T.

LXIX. — **La légende de l'immunité des Arabes syphilitiques relativement à la paralysie générale**, par A. Marie. (*Revue de Médecine*, mai 1906.)

Au cours d'une mission en Egypte et d'une visite à l'asile Abbasieh au Caire, l'auteur a recueilli des éléments statistiques sur les cas de syphilis et de paralysie générale chez les Arabes d'origine. Les Arabes constituent en dehors 92 pour 100 de la population et représentent à l'asile environ 75 °/o de la population traitée. En 1901 il y avait 46 cas de paralysie générale dont la grande majorité (3/4 environ) arabes égyptiens. Il fut relevé pour la même année 76 cas de syphilis et sur 25 paralytiques généraux arabes 22 furent reconnus syphilitiques, les Arabes étaient pour la plupart des manouvriers et des artisans.

En résumé on peut constater que chez les Arabes égyptiens dans les milieux urbains du moins, la proportion de P. G. est à peu près ce qu'elle est en Europe. Si pareil fait a été mis en doute en Algérie et en Tunisie, c'est que, dans ces pays, il n'y a encore rien d'organisé au point de vue hospitalier : la plupart des malades restent encore dans les familles et les cas de P. G. restent ordinairement ignorés. C'est ce qui explique la légende qui s'est accréditée jusqu'à présent. M. Hamel.

LXX. — **Contribution à l'étude des troubles de l'association visuelle dans la folie**; par Sydney J. Cole. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1905.)

Travail intéressant mais trop détaillé pour être résumé: rappelons seulement que le malade dont l'observation a servi de base à ce mémoire était atteint de psychose de Korsakow. R. M. C

LXXI. — **Les symptômes médullaires de la démence précoce** ; par le Dr Deroubaix. (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, août 1906).

Les troubles spinaux sont très fréquents dans la démence précoce ; on les observe en effet dans les 3/4 des cas environ, d'après l'auteur. Parmi ceux que l'on observe le plus souvent signalons l'exagération des réflexes tendineux, le clonus du pied, l'abolition des réflexes cutanés abdominaux, le phénomène du gros orteil, etc., tous symptômes qui tendraient à faire admettre une lésion de la voie pyramidale. Mais d'autre part on a noté aussi fréquemment des troubles de la sensibilité qui, d'une façon générale est obtuse, surtout à la douleur. Ces troubles spinaux se rencontrent aussi bien dans les formes simples et hébéphréniques que dans les variétés catatonique et paranoïde de la démence précoce; mais dans aucune de ces formes ils ne semblent avoir d'électivité spéciale pour la voie sensitive ou pour la voie

une encéphalite diffuse avec un syndrome confus, sans que rien, absolument rien, n'ait d'autre part rappelé le moindre symptôme appartenant au syndrome paralytique. Quant à l'encéphalite elle-même elle est remarquable par l'intensité de la congestion vasculaire et de l'œdème, marquée au microscope par la présence dans les gaines vasculaires de cellules conjonctives hypertrophiées, de cellules plasmatiques comme il en entre dans l'encéphalite paralytique, (preuve que ces éléments cellulaires ne sont pas caractéristiques de la paralysie générale, ayant été rencontrés dans d'autres inflammations), de cellules diverses du type embryonnaire. Klippel pose le problème de l'origine des cellules qui infiltrent les gaines lymphatiques dans les encéphalites, de celles du moins dont les caractères ne sont pas nettement tranchés dans le sens leucocyte ou conjonctif, il émet l'hypothèse que l'agent pathogène en action simultanée sur le sang et sur les cellules des gaines vasculaires entraîne ici et là des réactions cellulaires spéciales suivant ces divers tissus. F. TISSOT.

XXXV. — **Les principales formes des troubles nerveux dans le mal de Pott sans gibbosité** ; par ALQUIER. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière,* 1906, n° 1.)

Excellente étude séméiologique et diagnostique trop importante pour être résumée ou analysée succinctement. L'absence de gibbosité qui, pour des raisons anatomiques, est un apanage du mal de Pott de l'adulte, est une cause de grandes difficultés du diagnostic ou d'erreurs cliniques, tous les syndromes de compression de la moelle et des racines pouvant être réalisés par les manifestations nerveuses d'origine pottique. Après l'exposé d'un grand nombre de cas, personnels ou autres, l'auteur aborde le diagnostic différentiel avec les affections nerveuses médullaires ou paramédullaires dont le mal de Pott sans gibbosité peut prendre le masque (névralgies, polynévrite, myopathie, myélite transverse, syringomyélie etc...) : il énumère ensuite les éléments qui permettent de poser le diagnostic de tuberculose vertébrale et conclut enfin que parfois, et malgré une analyse clinique minutieuse des troubles nerveux, il est absolument impossible, en l'absence de déformation rachidienne, de diagnostiquer le mal de Pott.

F. TISSOT.

XXXVI.— **Acromégalie partielle avec infantilisme** ; par PEL (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière,* 1906, n° 1.)

Observation très fouillée dans l'exposé des symptômes, intéressante par l'association des caractères physiques de l'infantilisme et de signes certains d'acromégalie manifestes dès la naissance : discussion pathogénique documentée et serrée. F. T.

XXXVI. — **Achondroplasie partielle, forme atypique** ; par DUFOUR (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1906, n° 2.)

Observation comportant l'existence de certains signes nets d'achondroplasie et l'absence de certains autres non moins typiques. F. T.

XXXVII. — **Cyphose prononcée chez un tuberculeux** ; par BRISSAUD et MOUTIER. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1906, n° 1.)

Complément d'une observation antérieure publiée dans la *Nouvelle Iconographie*, 1904, n° 2.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 11 *avril* 1907. — PRÉSIDENCE DE M. BABINSKI.

(Résumé des communications et présentations)

MM. Paul CAMUS et SEZARY : 1° Poliomyélite antérieure aiguë de l'adolescence à topographie radiculaire ; 2° Un cas de neuromyosite post-varicelleuse.— MM. LEJONNE et OPPERT : Paralysie unilatérale de plusieurs nerfs craniens. — MM. ROGER VOISIN et MACÉ DE LÉPINAY : Syndromes cérébelleux congénitaux. — MM. LEJONNE et SCHMIERGELD : Poliomyélite antérieure aiguë de l'adolescence à type d'hémiplégie spinale croisée. — M. H. LAMY : Monoplégie du membre supérieur survenue subitement chez un vieillard artério-scléreux (distribution radiculaire supérieure de la paralysie). — MM. CROUZON et NATHAN : Paralysie des masticateurs, ophtalmoplégie totale et bilatérale, paralysie faciale unilatérale, au cours du tabes. — MM. CROUZON et VILLARET : Hémi-hypertrophie congénitale. — MM. H. CLAUDE et P. LEJONNE : Sur une affection méningo-encéphalique de nature mal déterminée. — M. SOUQUES : Notes complémentaires sur l'intérêt médico-légal des hémiplégies tardives traumatiques. — MM. LEJONNE et CHARTIER Hémiplégie d'origine thalamique à 23 ans. Paralysie générale et tabes à 26 ans. — MM. ALQUIER et CONOS : Sur les parésies spasmodiques permanentes de l'urémie lente. — MM. DEJERINE et André THOMAS : les lésions radiculo-ganglionnaires du Zona. — MM. SOUQUES et VINCENT : Lésion pedonculaire avec thermo et vaso-asymétrie. Lésion protubérantielle avec thermovaso-asymétrie et

dissociation syringomyélique de la sensibilité .— M. MARINESCO : Un cas d'amyotrophie Charcot-Marie à début par les membres supérieurs, avec participation de quelques muscles de la face et des muscles masticateurs. — MM. MARINESCO et MINEA : Etude des ganglions spinaux dans un nouveau cas de tabes. — M. NOÏCA : Sur le phénomène de dissociation des réflexes cutanés et tendineux produit expérimentalement chez l'homme, — M. EGGER : La fonction gnosique.

Séance du 2 Mai 1907.

PRÉSIDENCE DE M. BABINSKI

Hystérie

M. DÉJERINE présente une femme de 45 ans, atteinte à l'âge de 13 ans de crises hystériques, qui durèrent deux ans ; elle guérit, se maria, eut des enfants. Il y a dix ans, ayant perdu son mari et trois enfants, elle fit du délire avec tentative de suicide. Elle présente actuellement une forte contracture en extension des membres inférieurs avec flexion des orteils et une contracture du membre supérieur gauche avec pronation et rotation interne ; les réflexes sont abolis; il y a anesthésie complète avec anosmie et agneusie, spasme vésical avec émissions inpérieuses, mais sans incontinence. La malade est soumise à la méthode d'isolement et de psychothérapie et M. Déjerine espère la représenter guérie.

M. Déjerine signale encore un cas d'hémiplégie infantile avec mouvement choréiformes dans le côté atteint.

Syringomyélie

M. BAR croit à l'origine congénitale de la syringomyélie dans quelques cas ; il apporte à l'appui trois observations dans lesquelles il a trouvé le début du processus chez des enfants et même chez un embryon de quarante jours.

Hérédo-ataxie cérébelleuse

M. R. VOISIN et MACÉ DE LÉPINAY présentent cinq sujets de la même famille ; le début des accidents hérédo-ataxiques remonte à l'âge de 35 ans chez la mère, vingt et vingt-cinq ans chez le fils et la fille : le petit-fils et la petite-fille, qui sont tout enfants, ont déjà des troubles moteurs accentués ; ils en concluent que dans chaque génération les symptômes apparaissent de plus en plus tôt.

Mort rapide après ponction lombaire

M. DE LAPERSONNE lit l'observation d'un sujet de vingt-quatre

ans atteint depuis trois mois de céphalée, vomissements et troubles oculaires ; l'examen de l'œil fit constater une stase papillaire marquée à droite. La ponction lombaire,pratiquée dans la position assise habituelle, amena avec peine 9 cent. cubes de liquide céphalo-rachidien ; mais le malade fut pris de céphalée, puis de torpeur avec ralentissement du pouls, d'asphyxie avec cyanose, et mourut au bout de soixante heures. L'autopsie découvrit l'existence d'un sarcome du lobe frontal droit de la grosseur d'un œuf de poule. La raison de cette mort rapide n'est guère évidente.

M. Sicard pense que la position de choix pour la ponction est le décubitus latéral.

M. Babinski fait remarquer que les malades qui sont soulagés par la ponction sont ceux qui présentent les phénomènes d'hypertension céphalo-rachidienne.

Injection d'alcool dans le nerf sciatique

MM. Brissaud,Sicard et Tanon ont vu de ce fait deux cas de paralysie des membres inférieurs avec abolition des contractilités faradique et voltaïque. L'action destructive de l'alcool sur la myéline et le cylindre axe est au contraire recherchée par cette méthode qui donne des résultats remarquables dans les névralgies du trijumeau.

Tic isolé de la paupière inférieure

Ce cas de dissociation rare,a été observé par MM. Raymond et F. Rose; il est plus fréquent pour les gros muscles comme le deltoïde et le trapèze. Ce manque de participation de la paupière supérieure existe également dans le mouvement de la paupière inférieure que la malade peut à volonté mouvoir isolément.

Chorée de Sydenham et syphilis secondaire

MM. Chartier et F. Rose signalent l'apparition de chorée chez une fille de dix-sept ans, deux mois après l'apparition des signes primitifs de syphilis ; les auteurs pensent qu'il existe entre les deux affections une relation marquée ; il faut remarquer qu'il s'agit bien de chorée de Sydenham et non de chorée hystérique.

Traitement de la sciatique par les injections de sérum artificiel.

MM. Lévy et Beaudouin ont constaté expérimentalement les résulats fâcheux de l'injection intranerveuse d'alcool dans les névralgies sciatiques ; ils emploient la méthode et la technique allemande en injectant des doses massives et répétées de sérum artificiel stovaïné ; ils ont obtenu cinq résultats satisfaisants.

Zona ophtalmique et paralysie du moteur oculaire externe et de l'accommodation.

M. Galezowski, qui présente ce cas de paralysie dissociée, pense qu'il s'agit de lésions périphériques dues à l'inflammation du ganglion ciliaire et du moteur oculaire externe dans son trajet intra-caverneux.

Paralysie pseudo-bulbaire

MM. Raymond et Alquier présentent la photographie de pièces provenant d'un cas de paralysie pseudo-bulbaire ; on y voit des lacunes dans l'écorce et la protubérance ; les voies pyramidales sont intactes. Les lésions protubérantielles se sont manifestées cliniquement par du tremblement intentionnel, de la scansion de la parole et du nystagums.

Syndrome de Weber avec hémianopsie

M. Rossi et Roussy ont étudié le cas par des coupes en série où l'on voit un gros foyer allant de la région pédonculaire externe gauche à la région sous-optique.

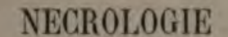
Baresthésie

M. Egger discute la théorie d'origine superficielle ou profonde de la baresthésie.

Rhumatisme chronique et insuffisance thyroïdienne

M. Peppo-Acchioli, professeur à Constantinople, lit une observation de rhumatisme articulaire chronique consécutif à une insuffisance thyroïdienne due à l'action répétée de rayons X sur la thyroïde.

J. Rolet.



NECROLOGIE

FÉRÉ
(1852-1907)



otre collègue Féré, médecin de Bicêtre, qui a suc-
bé, avant l'heure, à cinquante-quatre ans, après
r donné, un quart de siècle durant, l'exemple d'un
ail opiniâtre et méthodique entrepris par une haute
lligence. Pour lui rendre l'hommage auquel il a droit,
s ne saurions mieux faire que de reproduire le dis-
rs prononcé à ses obsèques par notre ami le D[r] Le-
.e.

***

Né à Auffay, en Normandie, le 13 juin 1852, Féré avait commencé ses études à Rouen, dans cette Ecole de médecine qui façonne avec tant de vigueur et de science une pléiade continue de solides cliniciens. Lauréat des hôpitaux de Rouen en 1872, Féré venait à Paris, attiré par le prestige de notre Internat des hôpitaux ; il passait les premières années de sa vie parisienne chez Alphonse Guérin, Constantin Paul, Horteloup, Mauriac, Gubler et enfin chez Bouchard, à Bicêtre, en 1876, où il devait trouver sa voie. Interne de Broca, de Guéniot, de Parrot, de Guyon, Féré se destinait d'abord à la chirurgie, pour laquelle il avait une prédilection marquée. La Salpêtrière, où la toute puissante influence de Charcot commençait à faire triomphante une Ecole scientifique nouvelle. ouverte à toutes les personnalités et à tous les travailleurs, décida Féré et l'entraîna dans l'étude de la neuropathologie. Sa thèse (1882) sur les «Troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales (amblyopie croisée et hémianopsie) » en est la preuve et est déjà marquée de l'empreinte ordonnée de Charcot, qui portait sa méthode dans le chaos de la pathologie nerveuse.

Bientôt, l'esprit mûri de notre collègue prenait son propre élan et allait faire de lui une personnalité des plus marquantes dans les sciences biologiques.

C'est qu'en effet, non content d'appliquer à la neuropathologie et à la psychopathologie ses qualités remarquables et sans cesse cultivées d'observateur sagace et de clinicien plein de finesse, Féré apportait à ses études médicales l enquête scientifique, plus precise et plus sûre, de l'expérimentation. Notre collègue aura eu le rare mérite de contribuer pour une part capitale, par son labeur incessant et par les beaux résultats obtenus, à une révolution bienfaisante, à la revision de la psychologie, tant normale que pathologique, au moyen de l'expérimentation biologique.

Expérimentateur ingénieux autant qu'impeccable, allant parfois même jusqu'à la minutie, Féré, soutenu par la passion de la science et par ses études approfondies, se façonna psychophysiologiste et psychopathologiste de premier ordre.

Les innombrables travaux consacrés par lui à la « Pathologie des émotions , à la « Famille névropathique », à la « Dégénérescence et à la criminalité » au,« Magnétisme animal», à l' Evolution et à la dissolution de l'instinct sexuel » aux « Troubles de l'intelligence », à l' « Aphasie et à ses diverses formes », au « Traitement des aliénés dans la famille », pour ne citer que ses principaux ouvrages, en font foi et montrent la diversité de ses recherches, autant que la souplesse de son esprit.

Mais ce qui donne peut-être à mon cher camarade et compatriote tant regretté sa physionomie la plus personnelle, c'est l'ardeur passionnée avec laquelle ce médecin aliéniste, si attaché à l'étude clinique de la paralysie générale, de l'épilepsie de l'hystérie, de l'alcoolisme, de la morphinomanie et à leur thérapeutique, consacrait à des études de biologie pure tout le temps de loisir qu'il pouvait encore trouver. Les archives de la Société de Biologie sont remplies d'un nombre difficile à compter de ses travaux, tous marqués au sceau de la science la plus élevée en même temps que de l'expérimentation la plus ingénieuse, la plus fouillée, si l'on peut ainsi parler. Ses expériences mémorables sur le « travail musculaire » et la « physiologie des mouvements volontaires », sur le rôle des excitations sensitives et sensorielles dans la « fatigue musculaire » et sur leur enregistrement graphique, sur la « sensation et le mouvement sur le travail et le « temps de réaction » ont porté au loin et depuis plus de vingt ans la renommée de Féré.

Ses recherches sur la tératologie et sur la tératogénie expérimentale, conduites avec la ténacité et l'inlassable volonté d'une foi robuste dans la vérité scientifique mirent le comble à sa réputation. Elles symbolisent, à vrai dire, le caractère de de notre collègue : aborder une question bien précise, l'étudier sous toutes ses faces, sans trêve ni repos, jusqu'au jour où la démonstration apparaîtra éclatante et indiscutable, telle fut sa vie scientifique et, ajoutons-le, là restera la trace glorieuse de ce grand travailleur.

L'homme n'était pas plus banal que son œuvre. Grand, maigre, avec un visage un peu triste, aux traits fortement sculptés, au front large et bombé, Féré était l'affabilité même. Il était d'un abord sympathique, et qu'on n'oubliait plus quand on l'avait quelque peu fréquenté. Biologiste estimé, doublé d'un médecin psychologue, il aura passé parmi nous un peu fier, sans ambition, modeste comme tous les vrais savants. Il aura su trouver dans la culture de la science, qu'il adorait, ses joies les plus élevées et, quand il le fallut, ses consolations et sa récompense.

Existence bien remplie, en somme, que celle entièrement consacrée, comme la sienne, à interroger les problèmes les plus ardus de la biologie ? Et heureux l'homme qui a pu en jouir sans regrets ni amertume, en éclairant de quelques lueurs bien pures le grand problème, encore si obscur, de la vie humaine.

Féré a été pendant de nombreuses années un collaborateur assidu du *Progrès médical* et des *Archives de*

neurologie (en dernier lieu en 1904.) Dans l'un et l'autre de ces journaux il a donné une série d'articles, de mémoires, *d'un incontestable* intérêt scientifique.

PRINCIPAUX OUVRAGES DE M. Ch. FÉRÉ. — *Sensation et mouvement*, 1 vol., 1900, traduction espagnole, Madrid, 1903 ; — *Les épilepsies et les épileptiques*, 1 vol., 1890, traduction allemande, Leipzig, 1894 ; — *Traité élémentaire d'anatomie médicale du système nerveux*, 1 vol., 1891 ; — *La pathologie des émotions*,. 1 vol., 1892, traduction anglaise, Londres, 1899 ; — *Le traitement des aliénés dans les familles* (3e édition), 1 vol., 1905 ; — *Le magnétisme animal* (4e édition), traduction anglaise, Londres et New-York, 1888 ; *Dégénérescence et criminalité* (3e édition), 1 vol., 1900 ; — *La famille névropathique*, (2e édition), 1 vol. 1898, traduction allemande, Berlin, 1894, traduction russe, Moscou, 1896 ; — *De l'aphasie et de ses différentes formes*, par D. Bernard, (2e édition), avec une préface et des notes, par Ch. Féré, 1 vol. ; — *Du cancer de la vessie*, 1 vol., 1881 ; — *Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales*. 1 vol., 1882 ; — *Hysteria epilepsy and the spasmodic neuroses* (twentieh century practice of medecine), New York, 1897 : — *L'instinct sexuel, évolution et dissolution*, (2e édition), 1902, traduction anglaise, Londres, 1900, traduction tihèque, Prague, 1902 ; — *Les troubles de l'intelligence* (traité de pathologie générale de Bouchard, tome III, 1903.

CORRESPONDANCE

Depuis quelques années les médecins des asiles d'aliénés s'intéressent de plus en plus à leur personnel secondaire, ainsi que nous avons eu souvent l'occasion de le montrer dans les analyses de leurs rapports annuels. Les salaires ont été relevés ou des demandes pressantes, dans ce sens, ont été faites. Des essais d'instruction profesionnelle sont tentés dans divers asiles, seuls ou en connexion avec les cours d'écoles municipales faits dans la même ville ou la ville voisine, par exemple les cours spéciaux de l'asile Saint-Luc, près Pau et les cours de l'école d'infirmières de l'hôpital de Pau. Des publications sur les soins à donner aux aliénés, sur la conduite des infirmiers et des infirmières envers les malades ont paru. Nous citerons, après les chapitres de notre Manuel de l'infirmière, nos rapports à la commission de surveillance des asiles de la Seine, les brochures du Dr Levet, du Dr Cornu, de notre dévoué collaborateur Charon, de Dury-les-Amiens, etc. Nous renouvelons à cette occasion notre appel à nos

collègues des asiles pour qu'ils nous renseignent, même sur les essais imparfaits. Aujourd'hui nous sommes heureux de publier une lettre très intéressante de M. le Dr Privat de Fortunié.

Cours d'infirmiers a l'Asile d'Armentières.

M. le rédacteur en chef, Conformément au vœu exprimé par la Commission de surveillance et avec l'autorisation de M. le Directeur qui voulut bien assister à la première séance, j'ai organisé à l'Asile d'Armentières des cours d'infirmiers à partir du 9 octobre 1906. Commencé sous d'heureux auspices, cet enseignement ne tarda pas à rencontrer un certain nombre de difficultés. Et d'abord tous les infirmiers n'étaient pas également susceptibles de retirer un profit de l'enseignement. Tel d'entre eux, par exemple, avouait une connaissance imparfaite de la langue française.

D'autre part l'application du repos hebdomadaire en grossissant chaque jour le nombre des gardiens sortis,ne permettait pas dans divers quartiers de distraire une partie de l'effectif, sans danger pour la surveillance. Aussi tous les gardiens qui ont suivi les cours n'ont pu le faire d'une façon assidue et sans intermittence.

L'inconvénient que nous signalons était d'autant plus sensible que le personnel infirmier dont le recrutement est déjà si difficile se trouve rarement au complet. La grande instabilité de ce personnel devenait un obstacle nouveau. C'est ainsi que depuis le mois d'octobre nous avons vu partir cinq gardiens qui avaient commencé à suivre les cours. A la 11e division, quartier des entrants, le chef a changé deux fois dans cet intervalle, de telle sorte que pour ce quartier j'ai vu se succéder au cours trois chefs différents. Malgré ces quelques difficultés, grâce à une bonne volonté réciproque le cours a pu fonctionner régulièrement sur les bases suivantes :

Les leçons ont lieu deux fois par semaine aux jours et heures paraissant le plus convenables à savoir le mardi et le vendredi à 3 heures du soir. En vue des exercices pratiques on a choisi comme local le salon de la pension, de préférence à la salle du parloir utilisé primitivement. La durée de chaque leçon varie de 3/4 d'heure à 1 heure. Afin de restreindre les lacunes chez des gardiens qui ne peuvent assister régulièrement aux séances, le commencement de chaque leçon est consacré à une récapitulation de la leçon précédente. L'ensemble du cours comprend à la fois des leçons théoriques et des exercices pratiques. Enfin pour compléter l'enseignement, il a été mis entre les mains des infirmiers,divers manuels où ils peuvent revoir les notions données au cours.

Au point de vue du programme, je me suis inspiré de l'enseignement similaire institué dans les hôpitaux et de celui qui a été adopté dans les asiles de la Seine. Ce dernier est ainsi réparti :

Anatomie et physiologie : 12 leçons ;
Anatomie et hygiène : 12 leçons ;
Soins médicaux et chirurgicaux : 24 leçons ;
Soins aux aliénés : 20 leçons ;
Administration : 6 leçons.
Total : 80 leçons,.

C'est là, comme on le voit, un programme complexe, embrassant un grand nombre de matières et nécessitant la collaboration de plusieurs personnes. Aussi je n'ai pu le suivre dans toutes ses parties. Voici le programme auquel je me suis arrêté :

Programme du cours.

I. — *Soins hygiéniques* : 2 leçons : *A*) Hygiène de la salle de malades : *a*) Causes de viciation de l'air par : 1° Respiration (physiologie, cubage de place, ventilation) ; 2° Chauffage (dangers des divers appareils, réglage, asphyxie par oxyde de carbone) ; 3° Eclairage ; *b*) Nettoyage des planchers, murs ; inconvénients des tapis, rideaux, etc. ; *B*) Hygiène du lit : conditions d'un bon couchage ; *C*) Hygiène du malade : soins de propreté généraux.

II.—*Soins médicaux généraux* : 2 leçons : 1° Renouvellement de l'air dans une chambre de fébricitant, température de la chambre ; 2° Garniture d'un lit, changement du drap de dessous, changement de lit, changement de position dans le lit ; 3° Soins de propreté spéciaux chez fébricitants : bouche, nez, yeux, etc. ; 4° Prise et inscription de la température ; 5° Surveillance du régime ; 6° Conservation des excreta.

III.—*Utilisation des divers agents thérapeutiques* : *A*) Agents physiques : 8 leçons ; 1° Ventouses ; 2° Thermocautère ; 3° Saignées et sangsues ; 4° Applications d'eau chaude ; 5° Applications de glace ; 6° Enveloppements humides ; 7° Frictions sèches ; 8° Bains, technique de la méthode des bains froids ; 9° Respiration artificielle : *B*) Agents médicamenteux ; *a*) Pour l'usage externe : 3 leçons ; 1° Teinture d'iode ; 2° Vésicatoires ; 3° Sinapismes et bains de pieds sinapisés; 4° Cataplasmes sinapisés, laudanisés et cataplasmes de fécule de pomme de terre ; 5° Emplâtres ; 6° Pommades ; technique de la friction mercurielle et de la friction soufrée contre la gale ; 7° Liniments; 8° Collyres ; 9° Collutoires et gargarismes ; 10° Lavements ; *b*) Pour l'usage interne : 3 leçons : Leur forme : liquide (potions, sirops, huiles, gouttes), solide (poudres, cachets, pilules, capsules, comprimés), mode d'administration et heure de l'administration.

IV. —*Soins médicaux spéciaux* : *a*) Maladies infectieuses : 10 leçons : 1° Infection et contagion ; 2° Fièvre typhoïde : divers modes de contagion, soins à donner aux typhiques, prophylaxie ; 3° Tuberculose ; 4° Scarlatine ; 5° Variole; *b*) Maladies parasitaires:

3 leçons ; 1° Ver solitaire ; 2° Gale ; 3° Teigne ; 4° Pelade (contagion et prophylaxie).

V. — *Soins chirurgicaux spéciaux* : *a*) Plaies, pansements et bandages : 15 leçons ; *b*) Fractures appareils plâtrés et massage : 3 leçons ; *c*) Hémorrhagies et hémostase : 1 leçon, Total : 50 leçons.

Jusqu'ici il a été fait 42 leçons, la majeure partie de notre programme a donc été déjà traitée, nous espérons l'achever en une dizaine de leçons. Qu'il nous soit permis de résumer les traits essentiels de cet enseignement.

Pour l'hygiène nous nous sommes borné au strict nécessaire à savoir: hygiène de la salle de malades au point de vue de l'aération, du chauffage et de l'éclairage, nettoyage des murs, planchers, etc., hygiène du lit, soins de propreté pour les malades. Au lieu de 12 leçons généralement prévues pour cette partie,nous n'en avons fait que deux.

L'anatomie et la physiologie qui comptent dans les programmes pour 12 leçons ont été complètement laissés de côté. Pour y suppléer des explications anatomiques et physiologiques ont été données chemin faisant chaque fois que ces explications devenaient nécessaires pour la clarté du sujet.

La part de la pharmacie a été également considérablement réduite. Tout ce qui concerne la préparation des médicaments a été négligé. Après quelques indications sur les principales formes pharmaceutiques, nous nous sommes surtout attaché à décrire le mode d'administration des médicaments,à signaler les divers procédés rendant leur absorption plus facile ou moins désagréable, à préciser les conditions dans lesquelles leur action est le plus utile, c'est-à-dire l'heure du médicament.

Tout ce qui concerne la mise en œuvre des divers agents thérapeutiques : agents physiques et médicaments pour l'usage externe a été minutieusement étudié. Nous avons accordé une grande importance aux soins médicaux spéciaux à donner aux sujets atteints de maladies infectieuses en insistant particulièrement sur celles qui se rencontrent à l'Asile : tuberculose, fièvre typhoïde, scarlatine. Contagion et prophylaxie ont été étudiées dans les divers cas. Il en a été de même pour certaines maladies parasitaires, gale, teigne, pelade, ver solitaire. Pour rendre cette étude plus attrayante,nous avons tenu à montrer aux élèves le microbe ou le parasite cause de la maladie. Enfin les soins chirurgicaux : désinfection des plaies, hémostase et confection des divers pansements, bandages et appareils plâtrés ont pris un grand nombre de leçons.

Une grande importance a été donnée aux exercices pratiques : transport de malades, prise de la température, respiration artificielle, application de ventouses, frictions médicamenteuses, préparation de lavements, enveloppements humides, pansements des

escarres, etc. Jusqu'à présent, il nous a été impossible, et nous le regrettons, de parler des soins spéciaux à donner aux aliénés. C'est un sujet qui mérite d'être traité minutieusement; aussi nous proposons-nous de l'aborder dans un avenir très prochain.

Tel a été le programme. Examinons quels en ont été les résultats. A chaque séance le nombre des auditeurs est en moyenne de 10. La moitié de ce nombre est représentée par le personnel du pavillon des enfants. De ce quartier ont assisté régulièrement au cours 3 sœurs et 2 infirmières. Le reste de l'Asile, et c'est là sans doute une disproportion, fournit à chaque séance cinq gardiens. Mais il importe d'ajouter que pour ceux-ci existe une sorte de roulement qui ramène à chaque séance de nouveaux auditeurs, tandis que d'autres font défaut. De telle sorte que si l'on compte le nombre total des gardiens qui d'une façon plus ou moins régulière assistent au cours, ce nombre s'élève à 10. Bien que ce chiffre soit relativement peu élevé, il convient de remarquer que la plupart des quartiers sont représentés au cours par un auditeur et presque toujours il s'agit du chef de quartier. C'est ainsi qu'en plus du pavillon des enfants, la pension, le quartier des entrants, le quartier des épileptiques, la 7e division ou quartier de délirants subaigus et chroniques, le quartier des agités, le quartier des tuberculeux, l'infirmerie nous ont fourni des élèves. Enfin ces jours-ci le pavillon Pinel vient de nous envoyer une recrue qui pourrait devenir un excellent stimulant pour les autres gardiens ; il s'agit d'un infirmier qui a déjà suivi des cours à Paris et qui paraît très au courant de la pratique des pansements.

Il m'est encore difficile d'apprécier le degré d'instruction de ces divers infirmiers. J'en compte cependant deux des plus assidus et des plus zélés qui deviendront d'ici peu d'excellents serviteurs. D'autres venus au cours plus tardivement nous donnent également de fermes espérances. Même pour ceux qui restent, certains faits nous prouvent que tout n'a pas été perdu pour eux, puisque dans un cas d'asphyxie par pendaison nous avons trouvé des infirmiers en train de pratiquer la respiration artificielle avant l'arrivée des médecins. Si cet enseignement n'a peut-être pas encore donné tous les résultats qu'on doit en attendre, nous estimons néanmoins que le principe en est posé et qu'une réaction est en train de s'opérer. La possibilité d'instruire le personnel nous apparaît d'ores et déjà comme hors de conteste. A l'heure actuelle, un noyau d'élèves est formé et il s'accroîtra certainement si l'on trouve le moyen de rendre le personnel plus stable. En instruisant ce personnel et en lui donnant véritablement un métier on y contribuera sans doute. C'est là, on ne saurait trop le dire, une amélioration urgente destinée à rendre les plus grands services au point de vue de la thérapeutique, car à l'Asile, plus qu'à l'hôpital

peut-être, les infirmiers sont pour le médecin de véritables collaborateurs.

Dr Privat de Fortunié,
Médecin adjoint de l'Asile
d'Armentières.

BIBLIOGRAPHIE

XII. — *Les anormaux psychiques des écoles. Rapport à M. le Maire de la ville de Bordeaux*, par E. Régis. (Gounouilhou, éditeur à Bordeaux.)

M. le Dr Régis présente au maire délégué à la division de l'Assistance et de l'hygiène publiques de Bordeaux un rapport où il donne d'abord un rapide aperçu de la question des anormaux psychiques et la solution qui lui a été donnée en France et dans les pays étrangers; puis il donne son avis sur ce qui devrait être fait pour l'éducation des enfants anormaux dans les écoles bordelaises. Dès le début de cette brochure, deux choses intéressantes sont à noter : une définition des enfants mentalement anormaux et leur classification. Pour M. Régis, les enfants mentalement anormaux ou anormaux psychiques sont ceux qui présentent des infirmités, des arrêts de développement, des déviations, des désharmonies, ou plus simplement de l'excitabilité, de l'instabilité morbide du cerveau, empêchant ou diminuant leur adaptation aux méthodes d'éducation communes et réclamant l'intervention de l'hygiéniste. Ils se divisent en : Anormaux d'école, susceptibles de bénéficier de l'instruction scolaire ; Anormaux d'hôpital, éducables mais ayant besoin de soins hospitaliers ; Anormaux de réforme, ayant des tendances vicieuses à corriger ; Anormaux d'asiles, représentant les plus profonds degrés de la dégénérescence. Nous ne nous permettrons pas de discuter la définition et la classification de M. Régis, mais il serait à souhaiter qu'une fois pour toutes, éducateurs spécialistes et médecins se décident pour l'adoption d'une définition et d'une classification définitive aussi satisfaisantes que le permettra l'état de la question et qui éviteront des confusions fréquentes causées par le nombre considérable des définitions et des classifications actuelles. Pareille besogne avait été tentée par M. Bourneville dans sa *Lettre à M. Cariot*, puis par un groupe d'éducateurs spécialistes ; un tel effort devrait être repris et encouragé par tous ceux que la question intéresse.

Le Dr Régis donne ensuite brièvement l'état des organisations scolaires à l'étranger et fait constater les puissants efforts de la Suisse, de la Hollande, de la Belgique, de l'Italie, de l'Angleterre et de l'Allemagne.

En Prusse, 76 villes ont 143 écoles avec 385 classes et 8207 élèves ; 317 instituteurs, 81 institutrices et 31 maîtresses techniques les instruisent, et, chose encourageante, 82 °/o des anormaux sortis peuvent gagner leur vie, En Angleterre, 31 villes ont 152 écoles avec 7383 élèves. Londres seule compte 89 écoles pour 4423 élèves. Le total des classes en Suisse est de 61 pour 1236 élèves, soit une moyenne par classe de 20 élèves. Pareils bilans ne se retrouvent pas en France ; à part les récentes tentatives de Paris, de Lyon et de Bordeaux, rien n'est organisé. Cependant, l'utilité des classes pour anormaux n'est pas à démontrer. La longue et pénible campagne menée par le Dr Bourneville, le promoteur de l'assistance et de l'éducation des arriérés en France a surtout donné des fruits à l'étranger. Cependant un léger mouvement semble se dessiner, dans notre pays, en faveur des anormaux d'école. Le projet de loi, proposé par la commission plénière instituée en 1904 au ministère de l'Intérieur, vient d'être récemment déposé par le Ministre: deux classes spéciales d'anormaux se sont crées à Paris.

Le Dr Régis a provoqué dans Bordeaux la réunion d'une commission de spécialistes chargée d'établir la statistique des anormaux répartis dans les écoles bordelaises, En voici les résultats : sur 8735 élèves des écoles publiques de garçons, il a été trouvé 452 anormaux, soit 5, 17 0[0. Parmi ces anormaux : 134 sont des anormaux non arriérés et 318 des anormaux arriérés. Ces derniers comprennent : 6 arriérés d'hôpitaux et 312 arriérés d'école. La statistique pour les écoles de filles n'a pas encore été faite.

L'organisation proposée par le Dr Régis comprend : 1° des *écoles spéciales* autonomes de 8 classes avec 25 élèves au maximum, peut-être mixtes si ce système, que M. Régis qualifie de hasardeux, est possible. Les classes seraient confiées à des maîtres spécialisés et autant que possible à des maîtresses. Un médecin spécialiste serait attaché à chacune des écoles. 2° des *consultations-médico-pédagogiques*, ayant lieu au moins une fois par mois. Ces consultations purement médico-pédagogiques fonctionneraient sans porter atteinte au droit des parents de recourir au médecin de leur choix pour les traitements à suivre. 3° des *cours spéciaux* aux instituteurs. Ces cours seraient faits dans les écoles normales par des médecins spéciaux et par les directeurs des écoles spéciales. Cette question si importante du choix et de la formation des maîtres de classes spéciales aurait gagné à être développée par le Dr Regis ; elle mérite certainement d'être élucidée par des esprits éclairés et tranchée par des gens compétents

spérons que tous ceux qu'intéressent la question de l'éducation es anormaux et dont l'avis serait précieux en l'occurrence nous ourniront une solution dont la nécessité s'impose. B. P.

III. — *Le roman scientifique d'Emile Zola. — La Médecine et les Rougon-Macquart* ; par le Dr Henri MARTINEAU, J.-B. Baillière, Paris, 1907.

Il est classique de dire que le roman d'Emile Zola est du roman xpérimental et que son *histoire naturelle et sociale d'une famille ous le second Empire* a été scientifiquement conçue et exécutée. .e public a pu s'y laisser prendre et beaucoup ont ajouté à la atisfaction littéraire, celle de faire de la science au coin du feu : n lisait une scène d'accouchement, un tableau de viol, une description d'ambulance avec le même esprit qu'on va entendre une onférence sur la tuberculose ou assister à quelque sensationnelle pération médico-légale.

Le monde littéraire et scientifique en a jugé autrement. Ce 'est pas ici le lieu d'aborder la critique littéraire ; mais après ourget, Maurice Barrès, Anatole France, et en s'inspirant de eur jugement, M. Martineau vient d'étudier au point de vue de a conception scientifique, l'histoire des Rougon-Macquart.

Le sujet avait déjà tenté des spécialistes comme Toulouse et ombroso, M. Martineau lui donne ici plus d'extension. L'ouvrage ouvre par une vue d'ensemble sur la conception scientifique de ola, puis il aborde ce problème de l'hérédité que l'auteur pensait ou peut-être prétendait avoir scientifiquement mené, et dont e critique nous montre les truquages ; les procédés de complaisance sont encore de mise dans les données de médecine générale ; l'intéressant personnage qu'est le Dr Pascal, le dernier des ypes dessinés par Zola, avec d'autant plus de soin qu'il le donne omme l'apôtre de sa théorie scientifique est par ce fait même, de a part de M. Martineau, l'objet d'une étude critique consciencieuse.

Comme Flaubert disait de Zola qu'il était un romantique, M. lartineau nous le montre comme une sorte de dilettante scientique. Peut-être le lui reproche-t-il avec un peu de partialité. A heure actuelle, les admirateurs de Zola aiment en lui le poète ncontesté plus que le savant discutable. Il ne faut pas oublier on plus que Zola n'écrivait pas pour le même public que Claude-Bernard, quoiqu'il s'en défende.

M. Martineau s'est souvent laissé aller à la critique de l'homme e lettres, tendance qui ajoute, d'ailleurs, à l'allure vivante et personnelle de cette intéressante étude critique ; elle franchira le ercle du monde médical pour être connue du public, des *Zololâtres* comme des *Zolaphiles*, pour employer un terme de la belle poque du romantisme. J. ROLET.

XIV. — *Traitements utiles du tabes*, par le Dr Belugou, de La Malou, Davy-Paris, 1906.

Le tabes est-il absolument incurable, et son pronostic est-il, comme le dit Romberg, nécessairement fatal ? Ne peut-il,au contraire, sous l'influence de traitements spéciaux, être enrayé, régresser et même cliniquement guérir ?

Si l'on passe en revue les principales méthodes thérapeutiques, on voit que le traitement antisyphilitique est le plus usité ; mais l'examen de ses effets montre qu'il a surtout une action préventive et que son efficacité est beaucoup plus douteuse chez les tabétiques avérés; quoi qu'il en soit, la forme d'application de choix est l'injection hypodermique de sels solubles, benzoate, bichlorure, cacodylate ou hermophényl.

Le traitement par les agents physiques constitue une seconde classe ; les procédés mécaniques : élongation de la moelle et des nerfs, suspension etc., n'ont donné que de médiocres résultats : l'application rationnelle de la rééducation motrice en donne de meilleurs.

Tout autre est l'efficacité du traitement hydrothermal sur le tabes ; Leyden, Grasset, Raymond,Landouzy attestent la valeur thérapeutique de la balnéothérapie et les stations thermales utiles peuvent d'après M. Belugou être ramenées à trois types principaux : Néris, Balaruc et La Malou ; cette dernière station est réellement spécialisée pour les tabétiques ; celle de Royat s'en rapproche; c'est d'ailleurs l'étude de l'état général, de la nature des symptômes et des complications coexistantes qui fixe pour le malade l'indication de l'une des stations thermales étudiées.

Il va sans dire que l'hygiène des organes, de l'alimentation, du système musculaire, ainsi que l'hygiène climatérique et psychique seront de précieux adjuvants du traitement entrepris.

Traitement utile, affirme M. Belugou. Médecin de La Malou, il est compétent dans la question et l'ouvrage qu'il présente aujourd'hui au monde médical continue la série de ses intéressants travaux sur les effets du traitement hydrothermal dans les maladies du système nerveux et en particulier de la moelle épinière.

J. Rolet.

XV. — *Les lois psychophysiologiques du développement des religions*. (L'évolution religieuse chez Rabelais, Pascal et Racine); par le Dr Binet-Sanglé, prof. à l'Ecole de psychologie. (Un vol. in-18 1907, chez Maloine).

Cet ouvrage est un nouveau chapitre de l'étude de psychophysiologie anthropologique entreprise par le prof. Binet-Sanglé avec les « *Prophètes Juifs* » et dont il est superflu de souligner de nouveau l'importance. L'histoire des suggestions religieuses chez Rabelais et dans les familles Pascal et Racine lui permettra au-

jourd'hui de poser les premières assises psychologiques de l'hiérogénie.—Dans l'introduction sont rappelées les diverses formes de la croyance : on croit parce qu'on objective ses sensations, ou par raisonnement, ou par sentiment, ou par crédulité (croyance par ouï-dire); on croit encore parce qu'on veut croire, et enfin par suggestibilité (croyance forcée).— Les idées religieuses s'installent dans l'esprit par suggestion, par ouï-dire ou par sentiment. Elles ont évolué : d'abord le fétichisme, puis l'animisme, puis les divinités, enfin le monothéisme, mais elles restent en dehors de la science, Dieu est une hypothèse. Les sentiments qui en facilitent la pénétration suivent deux gammes : l'une dans le ton de la peur, l'autre de l'émotion tendre. Mais elles se sont heurtées aux vérités sensorio-rationnelles et ont décliné: les religions aboutissent à une sèche philosophie religieuse, et les dogmatistes l'emportent sur les mystiques.— Ces mystiques ont un air de famille, ce sont des hypersuggestibles et ils se contagionnent. Cette contagion est plus aisée entre les membres d'une même famille : les Arnauld, les Pascal, les Racine. — Le livre est divisé en 4 parties: les trois premières contiennent l'histoire des suggestions religieuses chez Rabelais et dans les familles Pascal et Racine; la 4e est un aperçu des lois psychophysiologiques du développement des religions, d'après ces données historiques.

1° Rabelais, nous dit M. Binet-Sanglé, était bien l'homme de son livre, un être riche en substance, bien en chair, haut en couleur, robuste, énergique « sain et dégourdi», plein de vie et de gaité. Et, le suivant dans les grandes étapes de son existence, il nous le montre soumis à toutes les suggestions des ordres religieux dont il fut membre, bénédictins et cordeliers; travaillant beaucoup et pensant, lisant des livres grecs interdits au couvent; puis chanoine bénédictin, et peu après prêtre séculier parcourant le monde, fait pour lequel il fut déclaré apostat « ab ordine suscepto ». Rabelais commence alors à se montrer sévère pour les moines; il se libère en partie des suggestions religieuses de son enfance, entre en relations avec des partisans de la Réforme, avec Jean de Boyssonné, luthérien, qui dut abjurer à Toulouse les idées qu'il partageait avec Rabelais. Il devient bachelier en médecine, publie son second livre, où il bafoue les papes, la faculté de théologie, qui condamna l'ouvrage. Il épouse les haines de Luther, dont il conserve en partie la foi cependant, il adresse au pape une supplique où il demande l'absolution, qu'il obtient ; mais cette supplique est expliquée par le grand besoin d'argent : Rabelais cherchait à redevenir moine pour avoir sa vie assurée. Plus tard, grâce à une nouvelle supplique, il devient chanoine à Saint-Maur, où il reste juste le temps de s'assurer les bénéfices et ensuite curé de Saint-Christophe. La condamnation d'Etienne Do-

let l'incite à faire des retouches à ses deux premiers livres; il publie le troisième, qui est dénoncé comme hérétique à François Ier; mais le roi le lut et s'en amusa fort. Rabelais restait d'ailleurs déiste. Enfin il est nommé curé de Meudon; il résigne ses deux cures et donne le 4e livre de son roman, où il s'attaque surtout au pape. Il meurt à 58 ans, en laissant les matériaux du 5e livre, qui ne parut que 11 ans plus tard. — L'histoire de Rabelais montre qu'il se « dégagea peu à peu de la plupart des erreurs qui s'étaient, par d'incessantes suggestions, imprimées dans son cerveau : il le dut à sa science et à son intelligence, au nombre, à l'activité, à la cohésion de ses neurones cérébraux, à l'excellente constitution dont sa gaîté n'était qu'un signe, à sa belle santé ».

2e Dans les 2e et 3e parties, l'auteur nous montre au contraire les familles Pascal et Racine, victimes de leur hérédité et de leur milieu, constituant un excellent terrain pour la culture des idées religieuses. La famille Pascal s'éteignit, décimée par l'erreur, après avoir subi la contagion de ces idées, à cause de sa constitution psychopathique, M. Binet-Sanglé a dressé, pour sa démonstration, les observations médicales de tous les membres de cette famille, et, en vérité, rien n'est plus probant. Le cas de la famille Racine n'est pas moins frappant : tous les ascendants et collatéraux du poète ont présenté des tares.

Après l'histoire, vient la partie sociologique : des constatations qu'il a faites, l'auteur tire un *type dévot*; le dévot est un être maladif, prédisposé aux troubles du système nerveux, surémotif, triste, humble, craintif, égoïste, éminemment suggestible, menant une vie anormale, parce qu'il est anormal. Puis, il étudie les conditions de la suggestion religieuse, les adjuvants de cette suggestion (sexe, âge, docilité, surémotivité... faiblesse d'esprit, veilles, jeûnes, sensations), les modes de contagion religieuse. Cette contagion donne lieu à des foyers d'épidémie, et, pour en faire saisir le mode de formation, l'auteur emploie très ingénieusement des comparaisons géométriques: les chapelets de suggestion ou séries de suggestionnés; la soudure de ces chapelets conduit à des triangles, où le sommet est occupé par le suggestionneur et la base par les suggestionnés, à des doubles triangles, à des rectangles, etc.... La soudure de ces figures a pour résultat la formation d'agrégats de suggestion religieuse ou ***hiérosyncrotèmes*** familiaux, qui s'accroissent comme les îles madréporiques. Cette représentation graphique des résultats de la contagion religieuse est très intéressante : rien ne fait mieux comprendre ce qu'a voulu établir l'auteur, c'est-à-dire la cohésion intime et fatale des dégénérés dévots d'une famille. Et dans sa conclusion, il généralise, il évoque l'image de toutes les suggestions religieuses de la terre, qui forment autour d'elle comme un filet immense : « Ce filet, cette toile d'erreurs, que tissèrent les fondateurs de

religions, étouffe les peuples, en leur voilant le soleil et l'infini. Maia la science y promènera sa torche; elle fondera la morale future, plus saine, basée sur la physiologie, la psychologie, la sociologie et qui préconisera avant tout cette qualité aryenne par excellence : l'amour de la vérité. E. COULONJOU.

XVI. — *L'oculistisme hier et aujourd'hui. Le merveilleux préscientifique* ; par le Prof. S. GRASSET, P. Masson, éditeur, 1907.

M. le prof. Grasset, à qui la connaissance des centres nerveux doit tant de progrès, vient de publier une intéressante étude de l'*Occultisme*, qui contient à la fois une histoire et un exposé, une discussion et un plan de travail.

On sait que, d'après lui, il faut distinguer, chez l'homme, la fonction psychique supérieure et la fonction psychique inférieure. A la première appartiennent les actes conscients volontaires, à la seconde les actes conscients automatiques. Or, la dualité analogue des centres psychiques doit exister.

Tel est le principe qui a inspiré la théorie du prof. Grasset. Les phénomènes occultes, dit-il, sont des phénomènes psychiques préscientifiques qui n'appartiennent pas encore à la science, mais peuvent y entrer plus tard, et dès ce moment cessent d'être merveilleux et occultes ; l'occultisme est donc comme une terre promise dont la science approche et qu'elle s'efforce d'envahir tous les jours. Ce caractère préscientifique distingue l'occultisme du surnaturel, du miracle qui resteront toujours hors de la science.

Or, constamment la science *désocculte* un certain nombre de phénomènes et recule les frontières de l'occultisme. Mais ce faisant elle n'influence pas les doctrines philosophiques et religieuses, et il ne faut rechercher dans les faits occultes aucune preuve nouvelle en faveur de la survie pas plus qu'aucun argument contre le spiritualisme. Quoi qu'il en soit, la démonstration scientifique de nombreux phénomènes occultes n'est pas impossible et ce sont là des questions dignes de tenter les savants qui veulent travailler pour la science positive. J. ROLET.

XVII. — *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants-arriérés* ; par Edouard SÉGUIN, préface par Bourneville. Un volume in-8° de pages, 526 III *bis* de la *Bibliothèque d'Education spéciale*, chez Félix Alcan, Paris, 1906.

La première édition de cet ouvrage date de 1846, nous devons savoir gré à M. Bourneville d'avoir fait revivre dans cette deuxième édition l'enthousiasme, la persévérance et les idées pratiques de Séguin.

La question de l'éducation, base du traitement de l'idiotie, apparaît déjà dans le livre de Séguin, le point d'appui du traitement

moral de l'enfant normal, comme de l'enfant pathologique ; le traitement médico-pédagogique assidu exigé par l'idiotie prépare les matériaux d'une étude d'éducation physiologique de l'espèce humaine. (*Revue neurologique*, 15 avril.) E. FEINDEL.

XVIII.— *Traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie*; par BOURNEVILLE. (Vol. de 135 pages de la *Bibliothèque d'Education spéciale*, n° XIII, chez Félix Alcan, Paris, 1905 et Librairie du *Progrès Médical.*)

Depuis de nombreuses années, M. Bourneville démontre dans ses publications que le *traitement médico-pédagogique* des idiots donne des résultats extrêmement favorables. Même les idiots complets, les idiots profonds sont améliorables ; à plus forte raison, les imbéciles et les arriérés sont perfectibles, et ils peuvent être rendus utiles à la Société. M. Bourneville, tenant essentiellement à ce que ses assertions soient vérifiées, réunit dans le présent volume un grand nombre d'observations d'idiots qui sont encore dans son service et que, par conséquent, tout médecin peut examiner à loisir. Chez la plupart de ces enfants, l'idiotie était assez profonde avant le traitement médico-pédagogique.

Seulement, ce traitement doit être commencé de bonne heure, dès que les premiers signes de l'idiotie sont constatés. Le traitement doit être maintenu rigoureux, et il faut être très réservé sur la déclaration de l'incurabilité du petit malade ; on ne saurait trop insister sur la nécessité d'une persévérance soutenue, car quelquefois, ce n'est qu'au bout de 2 ans, de 3 ans, que l'on observe le premier éveil de l'intelligence.

Les acquisitions scolaires de ces enfants vont quelquefois jusqu'à l'obtention du certificat d'études. Mais l'éducation spéciale vise surtout à rendre ces sujets utiles à eux-mêmes et aux autres, à les rendre aptes aux travaux manuels. Menuiserie, serrurerie, imprimerie, couture, cordonnerie, vannerie, cannage et paillage des chaises sont les métiers qu'on s'efforce d'apprendre aux garçons. Travaux du ménage, blanchissage, repassage, couture, tapisserie, broderie, etc., sont les connaissances que l'on donne aux filles. (*Revue neurologique*, 15 avril.) E. FEINDEL.

VARIA

CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHIATRIE, DE NEUROLOGIE, DE PSYCHOLOGIE ET D'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS.

(Amsterdam, 2-7 septembre 1907.)

Règlement du Congrès. — 1. Le Congrès aura lieu du 2 au 7 eptembre, dans l'Université Oudemanhuispoort ; entrée Klo-

veniersburgwal près du No. 78 ou O. Z. Achterburgwal près du No. 227). Pendant le Congrès le secrétariat siégera dans une des salles de l'Université. *Jusqu'à cette date*, le secrétariat restera Prinsengracht 717.—II. Les Gouvernements étrangers seront informés de la réunion du Congrès et pourront s'y faire représenter.—III. Tous ceux qui s'intéressent au développement de la psychiatrie, neurologie et psychologie ou de l'assistance des aliénés pourront se faire inscrire comme membres du Congrès. IV. Le droit d'admission est fixé à 20 fr. pour MM. les membres et à 10 fr. pour les Dames des membres.

V. Les souscripteurs recevront après le versement du montant de la cotisation au secrétariat leur carte d'identité qui leur donnera le droit : *a*) de participer à tous les travaux du Congrès ; *b*) d'assister à toutes les fêtes; *c*) de recevoir un exemplaire du compte-rendu, rédigé par le Secrétariat ; *d*) de jouir de tous les avantages offerts à MM. les congressistes. VI. Les langues admises seront : le français, l'allemand et l'anglais.

VII. Les travaux du Congrès seront divisés en séances générales et séances de sections. VIII. Les séances générales seront dirigées par les présidents honoraires qui seront nommés dans la séance d'ouverture du Congrès, par un des membres du comité international ou par un autre membre éminent du Congrès, qui assistera à la séance.

IX. Les séances des sections seront dirigées par leurs présidents ou à la suite d'une invitation, par un membre quelconque du comité international ou par un membre éminent du Congrès qui assistera à la séance.

X. Le président fixera l'ordre des travaux ; les secrétaires des sections rédigeront les procès-verbaux de chaque séance. — XI. Dans la séance des sections seront traitées d'abord les questions pour lesquelles un ou plusieurs rapporteurs auront été désignés. Puis viendront les communications présentées par MM. les membres. XII. MM. les rapporteurs disposeront de 20 minutes pour lire leur rapport, tandis qu'ils ne sera pas accordé plus de 5 minutes pour chaque membre qui prendra partàla discussion. La durée d'une communication présentée par un des membres du Congrès n'excèdera pas 15 minutes. Pour la discussion chaque orateur pourra disposer de 5 minutes et ne prendra pas plus d'une fois la parole lors de la discussion de la même communication, à moins que le président ne lui en donne l'autorisation. XIII. Lorsqu'un membre aura pris la parole dans une discussion, il devra remettre avant la fin de la session ou dans les 24 heures, au secrétaire de la section, le résumé de sa communication, faute de quoi une simple mention en sera faite au procès-verbal. XIV. L'ordre des sujets qui seront traités dans les séances des sections sera réglé par le secrétariat, de concert avec le comité de la sec-

tion. XV. Quand l'ordre du jour d'une séance n'aura pas été épuisé, la suite en sera remise à la séance du lendemain, à moins que l'assemblée n'en décide autrement. XVI. MM. les rapporteurs qui désireraient voir imprimer leurs rapports ou un résumé succinct de leurs rapports, sont priés d'envoyer l'un ou l'autre au secrétariat avant le 15 juillet.

Le manuscrit ne pourra excéder 15 pages d'impression. On n'acceptera pas de planches, plans, ou diagrammes, à moins que les auteurs ne s'engagent à en supporter les frais. Quant aux communications que MM. les membres désireraient présenter, le secrétariat devra être informé de leurs titres avant le 1er août. XVII. Les membres qui auraient l'intention d'envoyer des instruments ou de faire des expériences sont priés d'en informer le secrétariat avant le 15 juillet. XVIII. Dans la séance de clôture on traitera des intérêts du Congrès et, éventuellement, de ceux des Congrès suivants. Les questions suivantes seront traitées par MM. les rapporteurs : I. *Psychiatrie, Neurologie.* — Théories modernes sur la genèse de l'Hystérie. — Psychoses alcooliques chroniques, les formes pures de Démence exceptées. — Asymbolie et Aphasie. — Diagnose différentielle entre la Démence-Paralytique et les autres formes de Démence acquise. — Localisation corticale des fonctions sensibles. — Symptômes locaux dans l'Epilepsie genuine. — Le tonus provenant du labyrinthe. — Le tonus cérébellaire. — Contractures secondaires de l'hémiplégie.

Myasthenia gravis et autres formes de myasthénie. II. *Psychologie et Psycho-physique.* — La Psychologie de la Puberté. — Etat actuel de la théorie Lange-James concernant les émotions. — Différence entre la Perception et l'Image. — La Fonction secondaire — L'histoire antérieure des Psychopathes. III. *Assistance des aliénés.* — L'organisation de la direction des asiles d'aliénés et l'inspection des asiles par l'Etat. — Le personnel infirmier, son éducation, ses droits et ses devoirs. — L'assistance familiale et le travail agricole. — Le traitement des aliénés ayant comparu en justice. — L'application de la psycho-synthèse et de la psyc[...] analyse dans le traitement des aliénés. — L'éducation des enfa[nts] mentalement arriérés.

Programme des fêtes. — Récep tion par les autorités de la [v]ille Visite au « Rijksmuseum ». Représentation spéciale au théâ[t]re Excursion par bateau dans la ville d'Amsterdam. Réception a[u] Club des étudiants. Excursion à Leyde (visite à l'hospice de aliénés « Endegeest »), la Haye, Scheveningue (dîner de clôtu[re]

DIX-SEPTIÈME CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEURO[L]OGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE (Genè[v]e Lausanne, août 1907.)

Le XVIIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de

France et des pays de langue française se tiendra cette année à Genève et à Lausanne, du 1er au 7 août sous la présidence de M. le Prof. Prévost, de Genève.

Prière d'adresser les adhésions et cotisations et toutes communications ou demandes de renseignements au Dr Long, 6, rue Constantin, Genève. Voici le programme :

Genève. Jeudi 1er août : Matin, séance d'inauguration. Après-midi, 1er rapport, M. GILBERT BALLET : *L'expertise médico-légale et la question de responsabilité.* Discussion. Soir : Promenade en bateau et diner sur le lac.

Vendredi 2 août : Matin, séance à l'asile de Bel-Air. Communications diverses. Après-midi, 2e rapport, M. ANTHEAUME : *Les psychoses périodiques.* Discussion. Réunion du Comité permanent.

Samedi 3 août : Matin, communications diverses, démonstrations anatomiques et projections. Après-midi. communications diverses, réunion du Congrès en Assemblée générale.

Dimanche 4 août : Pas de réunion officielle, les congressistes iront à Divonne-les-Bains (Ain) où à Evian-les-Bains (Haute-Savoie), où des réceptions sont organisées par les établissements hydrothérapiques de ces stations.

Lausanne. Lundi 5 août : Matin, séance au palais de Rumine. 3e rapport, MM. CLAUDE et SCHNYDER : *Nature et définition de l'hystérie*, discussion. Après-midi, asile de Cery-sur-Lausanne. Dernière séance, communications diverses, collation offerte par l'asile, départ pour Montreux-Territet.

Mardi 6 août : Excursion à Glion, Caux, Rochers de Naye. Déjeuner à Caux, diner au Kursaal de Montreux.

Mercredi 7 août : Excursion dans la Gruyère. Réception par l'asile de Marsens (près Bulle). — Dislocation du Congrès.

Le Congrès comprend : 1° Des membres adhérents (docteurs en médecine) ; 2° Des membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine, présentés par un membre adhérent). Les asiles qui s'inscrivent au Congrès figurent parmi les membres adhérents. Le prix de la cotisation est de : 20 francs pour les membres adhérents et 10 francs pour les membres associés.

Prière d'adresser sans retard à M. le Dr LONG, secrétaire général du Congrès, 6, rue Constantin, Genève : 1° Les adhésions et le montant des cotisations ; 2° Les titres et résumés des communications. Un programme plus détaillé avec des indications pour les hôtels, excursions, etc., sera envoyé à la fin de juin aux adhérents déjà inscrits et aux médecins qui en feront la demande. Les membres adhérents et associés inscrits recevront en même temps un formulaire à remplir pour les demandes de billets de réduction sur les chemins de fer français (réduction 50 %, durée : 25 juillet-15 août). Ce formulaire avec l'indication du trajet à

parcourir jusqu'à Genève (gare du P. L. M.) devra revenir au Secrétariat général avant le 10 juillet.

SÉQUESTRATIONS ARBITRAIRES.

Sous ce titre « *L'Epouse de Rigo II* », la *Liberté*, du 25 mars, publie une correspondance de Vienne, datée du 22 mars, d'où nous extrayons le passage suivant :

« Le comte Paul de Festettits, père de Mlle Georgina de Festettis déjà à demi-mariée au tzigane Nyary, subit le sort que l'éclat de son infortune ne lui permet guère d'éviter : il est interviewé. « Ce qui se raconte, dit-il, à un journaliste de Budapest, est malheureusement véridique : ma fille épouse un tzigane. J'ai usé de tous les moyens permis pour la retenir, *mais je me suis abstenu de ceux auxquels on recourt volontiers aujourd'hui et que je n'approuve pas. Il est d'usage qu'on* **interne** *dans des maisons de santé les enfants qui font des folies.* Ma fortune, mon influence personnelle, l'influence de ma famille et de mes amis me permettaient de faire sans difficulté la même chose que tant d'autres. Je n'ai pas voulu. Je me suis contenté de dissuader ma fille de son projet ; je lui ai fait dire le nécessaire par un avocat ; quand j'ai vu que sa résolution était prise, je me suis abstenu d'insister ou de recourir à la contrainte. » — Ceci est à rapprocher de la citation d'Eugène Sue de notre n° de février (p. 169).

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Dans un accès de folie, Mme Pamplume, de Coulommiers, âgée de 35 ans, femme de l'officier des pompiers de Sablonnières, a assommé à coups de marteau son enfant, âgé de sept mois, qui reposait dans son berceau. L'enfant a succombé à ses blessures. La mère a été dirigée sur l'hospice de Coulommiers.

Le délire de la persécution — Charles Vignaud, brocanteur à Champeuil, près Corbeil, est un alcoolique et un déséquilibré. En proie au délire de la persécution, il importunait, depuis quelque temps, de ses lettres, le procureur de la République, ainsi que le préfet de Seine-et-Oise, leur dénonçant quantité d'individus acharnés à sa perte. Enfin tout dernièrement, il avait déclaré au garde champêtre que puisque les magistrats ne voulaient pas s'occuper de lui, il saurait bien les y contraindre en tuant quelqu'un. Il a tenu parole.

Charles Vignaud passait hier à Ballancourt, trainant sa voiture dans laquelle s'entassaient les marchandises les plus diverses. Deux ouvriers, Léon Voiry et Simon Loiseau, s'amusèrent à lui jouer un bon tour. Chacun d'eux saisit les rayons d'une roue, s'efforçant d'immobiliser le véhicule que le colporteur s'évertuait à traîner. La plaisanterie était innocente. Mais Vignaud se fâcha tout rouge. Il prit, dans sa poche un pistolet et se retour

nant, sans explication aucune, fit feu sur Voiry. Atteint en pleine poitrine, le malheureux ouvrier s'affaissa lourdement sur le sol. Son ami Loiseau, secondé par quelques personnes, le releva le fit panser dans une pharmacie puis le ramena chez lui, où le docteur Duclos vint lui prodiguer des soins. Le praticien ne conserve que peu d'espoir de sauver le blessé. (*La Liberté* du 24 mai).

ENTRE ALIÉNISTE ET ALIÉNÉ.

Un docteur est blessé par un confrère dément, prématurément libéré du cabanon. — Hier matin, 3 juin, à onze heures, aux abords de l'hôpital Saint-Jean, à Bruxelles, un drame s'est déroulé qui a provoqué une émotion énorme par toute la ville,

Le Dr de Bouck sortait. Le Dr de Bouck est professeur à l'Université, chef du service des aliénés, un homme très connu et populaire. Un individu s'approcha, porteur d'un fusil à deux coups et il ajusta le docteur si rapidement, qu'il n'eut pas le temps de se mettre sur la défensive ou de s'effacer. On eut beaucoup de peine, aussitôt l'attentat, à s'emparer du meurtrier, lequel opposa une furieuse résistance, agitant son arme par le canon comme une massue.

Il fut reconnu pour un médecin, lequel, il y a quelques semaines, interné par mesure administrative, avait été incorporé dans le service du docteur de Bouck. Ce dernier récemment avait décidé sa mise en liberté, le jugeant définitivement guéri. Les blessures du docteur ne paraissent pas devoir être mortelles ; mais l'état général de l'infortuné praticien est très sérieux. (*L'Aurore* du 5 juin.)

La Folie. — Un ouvrier graveur en pierres fines, Johannès Jouve, 47 ans, a tué à coups de revolver sa gouvernante, et s'est suicidé en se logeant une balle dans la tête. *Depuis quelque temps, Jouve donnait des signes d'aliénation mentale.*

LES EFFETS DU SPIRITISME.

On écrit de Saint-Calais au Journal de la *Sarthe* (4 mars). Avant-hier, M. Guillaume Claustre, âgé de 33 ans, ouvrier plâtrier chez M. Lelong, est venu à la gendarmerie porter plainte contre son ancien patron, M. Laborde, plâtrier à la Chartre, en disant : « Toutes les nuits, j'entends des voix qui me disent qu'elles vont aller trouver mon nouveau patron pour m'empêcher de travailler. Les paroles qui sont prononcées, je les reconnais pour être celles de M. Laborde. Il me les transmet soit par les rayons X, soit par la pensée. Elles m'ont appris des choses qui ont trait à ma vie que je ne connaissais pas encore, si bien que maintenant je ne suis plus maître de mes idées. Cet état de choses ne peut durer, je vous prie de le faire cesser. » M. Claustre, dont les nuits sont si agitées, est un fervent adepte du spiritisme et lecteur assidu des revues qui concernent cette... science.

Enfants anormaux en France, nombre, modalités cliniques ; assistance ; par Roubinowitch. (*Bulletin médical*, n° 58, 1906.)

C'est la première d'une série de leçons faites par l'auteur sur ce sujet à l'ordre du jour. Des chiffres qu'il cite, il résulte que 4.453 enfants de cette catégorie sont internés dans les asiles d'aliénés et peuvent être considérés comme les plus gravement atteints. Les écoles publiques contiendraient d'après une statistique officielle 31.791 enfants anormaux, arriérés etc., sans compter ceux qui ont échappé à la statistique : il y aurait 1.858 aveugles, 4.349 sourds-muets, 7.984 anormaux médicaux, 14.000 arriérés simples et 3.410 instables. On peut dire, avec Esquirol, « la folie est en germe chez les enfants, il faut donc les traiter pour éviter l'éclosion de cette grave maladie : évidemment, il y a peu de chances de modifier les idiots profonds, les autres peuvent être améliorés et même guéris suivant les modalités cliniques ; les uns doivent être traités dans des internats médico pédagogiques, les autres dans des classes spéciales. Ceux qu'on ne peut utiliser doivent être recueillis dans des garderies. L. Wahl.

Aux termes *Internat médico-pédagogique*, nous préféront ceux d'*Asile-école*. — Les idiots profonds, même les idiots complets peuvent être améliorés à des degrés divers. Un enfant gâteux qu'on rend propre, un enfant invalide auquel on apprend à marcher, un idiot muet auquel on apprend à parler ne peuvent-ils être considérés comme améliorés ? Nous donnons des exemples de ces améliorations dans nos comptes rendus annuels. B.

Asiles publics, privés, maison de santé, quartiers d'hospice.

Au 1er janvier 1907, le nombre des aliénés était le suivant :

Asiles publics	47.926
Asiles privés	16.707
Quartiers d'hospice	7.546
Maisons de santé	1.368
Total	71.547
Placements d'office	56.286
Placements volontaires	15.261
Total	71.547

Discours présidentiel prononcé a la réunion de l'Association médico-psychologique de la Grande-Bretagne et de l'Irlande le 26 juin 1906 ; par M. Robert Jones. (*The Journal of mental Science*, octobre 1906.)

Ce discours est consacré à une étude intéressante de l'évolution de l'aliénation mentale. R. M. C.

FAITS DIVERS

Epilepsie.—Pourquoi a-t-on appelé l'épilepsie *mal de terre* ? La réponse est facile. *Terre* n'a pas ici son sens habituel et ne vient pas du latin *terra*, mais de *terror*, terreur. *Mal de terre* signifie *mal de terreur*. On comprend aisément combien les esprits devaient être impressionnés en présence d'un malade atteint d'une crise de haut mal : les convulsions, l'aspect grimaçant de la figure, l'écume des lèvres, devaient frapper l'imagination des assistants et les terroriser. Dans certaines contrées du Midi, on appelle encore l'épilepsie *mau de terrour, mal de terreur*, l'usage a fait supprimer l'*r* final du mot et *terrour* est devenu *terro*. (*Chronique médicale*, 15 avril 1907.)

Apportez un certificat médical... — Un enfant de onze ans, un *innocent*, comme on dit en pays campagnard, un *faible d'esprit*, a été souillé par un monsieur très bien, un satyre à barbe vénérable, à redingote — il s'en trouve — et sa mère, une pauvre marchande, ayant porté plainte à propos de ce crime au magistrat compétent, s'est vu congédier sans autre forme, avec ce mot administratif et imbécile :

— Apportez-moi un certificat médical ? Or, là mère indignée manquait de l'argent nécessaire. Un certificat est consécutif d'ordinaire à une consultation. Et une consultation, cela se paye ?

La semaine passée, une fruitière de la rue d'Orsel (Mme Duchaillod, revenait des Halles centrales, vers neuf heures du matin. Son fils, un garçonnet de onze ans, la suivait en jouant. Survint un vieillard, grand, portant beau, à l'air grave. Une conversation s'engagea entre l'homme et l'enfant. Rue Montmartre, Mme Duchaillod, dans un embarras de voitures, perdit de vue son fils.

Le vieillard en profita pour engager le garçonnet à le suivre. Mme Duchaillod réintégra seule son logis. Deux heures plus tard le petit reparaissait. Il était d'une pâleur extrême, et marchait avec difficulté.

Interrogé, il avoua que le vieillard auguste l'ayant pris à l'écart, l'avait obligé à subir des pratiques qui ne se racontent pas A la suite de quoi, et pour venir à bout du chagrin du pauvret, il l'avait gavé de bonbons et gratifié de six francs en bonne monnaie. La fruitière ne fit qu'un saut jusqu'au prochain commissariat. On l'y accueillit comme nous l'avons dit, en dépit de son insistance. Est-il besoin de commentaires après ce récit? (*L'Aurore*, 1er mai). — D'où la nécessité d'hospitaliser les *innocents*.

Les drames de la folie. — Un fabricant de meubles, très honorablement connu, de la rue de l'Hôtel-de-Ville, dans le quar-

tier Saint-Merri, Léon Blondel, quinquagénaire, à la suite de différents revers de fortune, avait le cerveau quelque peu détraqué. Mais jusqu'ici, sa famille n'avait pas cru devoir consulter un spécialiste. Hier matin, à 9 heures, au cours d'une crise subite de folie aiguë, M. Blondel s'arma d'un revolver de fort calibre et, abaissant son arme, il fit feu à six reprises sur sa femme. Heureusement, Mme Blondel ne fut blessée que légèrement à l'épaule droite, et parvint à gagner la porte.

Resté seul, le dément entassa des meubles au milieu de la salle à manger et y mit le feu. Mais, à ce moment, les voisins accouraient en foule et, après une lutte acharnée, le pauvre fou fut maîtrisé et garroté, puis dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. L'état de Mme Blondel est aussi satisfaisant que possible. (*L'Aurore* 6 mai.) — D'où vient la nécessité d'hospitaliser et de traiter les aliénés dans l'intérêt des personnes... et de la propriété.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Un arrêté ministériel en date du 28 mars, a nommé au poste de médecin en chef à l'asile public d'aliénés de Ville-Evrard M. le Dr **Boudrie**, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maison-Blanche. Par un arrêté du 16 avril 1907, le Dr Boudrie, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Ville-Evrard (Seine-et-Oise), est maintenu dans la classe exceptionnelle du cadre. Il continuera à recevoir, en conséquence, à dater du jour de son installation, outre le logement, le chauffage et l'éclairage dans l'établissement, le traitement de 8,000 fr. déterminé par le décret du 19 octobre 1894.

Délire macabre. — Un habitant de la rue Saint-Allian près Poanne, nommé Clairet, devenu fou subitement, était hanté par l'idée de voir les cadavres de deux enfants qu'il avait perdus. La nuit dernière, on le surprit au cimetière au moment où il déterrait les corps de ses enfants. Le pauvre fou a été enfermé dans un asile. (*La Liberté*, du 23 mai).

Suicide d'un adolescent. — Lucien Godefroy, groom de quatorze ans, avait été renvoyé, hier, par une rentière de la rue Godot-de-Mauroy, où il était en service. N'osant pas rentrer chez ses parents, il se jeta dans la Seine au pont de la Concorde. Deux fonctionnaires de la Compagnie générale des Bateaux-Parisiens, MM. Durand et Garret, ont pu le repêcher. (*La Liberté* du 15 avril).

Suicide d'enfants. — Le jeune Jean Prigent, de Brest dix ans, s'est pendu à une branche de chêne. On en ignore le motif, (*Le Journal*, 6 avril 1907).

Suicides d'adolescentes. — *Le poids de la règle.* — Saint-Pétersbourg. — Deux fillettes de douze et quatorze ans, Nadège fille du général Koudaourof, et Olga Zavenkof, élèves de l'institut des demoiselles nobles de Smolna, à Saint-Pétersbourg, se

sont précipitées samedi par la fenêtre du troisième étage de l'institut. La première se couvrit la tête d'un drap, avant de s'élancer dans le vide ; elle tomba sur le balcon de l'étage inférieur et mourut peu après. Mlle Olga Saviekof se blessa légèrement.

Dans une lettre préparée, les désespérées annonçaient leur détermination. La règle sévère de l'institut contrariait leurs caractères indépendants et leurs idées libérales ; elles avaient été punies récemment pour la lecture de brochures révolutionnaires (L'*Aurore* du 28 avril.)

Un drame de la folie. — *Upsal* (Suède). — Hier, dans un accès de folie mystique, un malade en traitement à l'*hôpital* a tué trois autres malades et en a blessé grièvement un quatrième. Ce fait est emprunté à la *Liberté* du 18 mars. La place de ce malade n'était pas à l'*hôpital*, mais dans un *asile d'aliénés*.

Agrégation. — Deux médecins-adjoints des asiles viennent d'être nommés agrégés (Section de Médecine), M. le Dr Lépine, fils de notre ami, le professeur Lépine, médecin-adjoint de l'Asile de Bron, pour la Faculté de Lyon ; — M. le Dr Raviart, médecin-adjoint de l'asile d'Armentières, notre collaborateur, pour la Faculté de Lille.

Le couvent d'Equesrmes abritera désormais des aliénés et des enfants assistés. — La commission du Conseil général du Nord a décidé d'affecter l'ancien couvent d'Esquermes, habité précédemment par les dames Bernardines, à un hôpital d'aliénés, et au dépôt des Enfants-Assistés. (L'*Aurore*, 6 juin.)

Hospice de Bicètre. *Fondation Vallée.* — Bourneville. *Visite* du service (gymnastique, travail manuel école et présentation de malades) le samedi à 10 h. très précises. *Consultations médico-pédagogiques*, gratuites pour les enfants *indigents* atteints de *maladies du système nerveux*, le jeudi à 9 h. 1/2. — On peut se rendre à la Fondation par les tramways de Montrouge, par les tramways de la Porte d'Orléans à Vincennes (Métropolitain) ; *arrêt* route de l'Hay. La Fondation est à 500 mètres de cet Arrêt.

Hospice de la Salpêtrière. *Maladies mentales* — M. le Dr Deny, dimanche à 10 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dubuisson. — Rapport sur l'Asile public d'aliénés de la Haute-Garonne en 1907.

Montreuil. (M). — Les hôpitaux et les écoles d'infirmières de

Londres. 10e volume de la bibliothèque de l'infirmière. Broch. de 53 pages. in-16 Prix.. 0.50

MOREL ET A. MARIE. — **Memento de l'infirmier d'asile.** Suivi des *Instructions concernant l'organisation du service médical de la maison de santé de Ville-Evrard et les soins à donner aux personnes atteintes de maladies mentales*, par les Drs, P. SÉRIEUX et R. MIGNOT. Vol. grand in-8· Prix: 3 fr. 60. Pour les abonnés du *Progrès Médical* et des *Archives de Neurologe* 2 francs ; *franco*, 2 *fr*. 60.

REVUE PHILOSOPHIQUE DE MAI 1907. — Sommaire du n° de mai 1907 (32e année). B. BOURDON. La perception du temps. — DUPRAT La spatialité des faits psychiques. — Th. RIBOT. Sur une forme d'illusion affective. — ROGUES DE FURSAC. Notes de psychologie religieuse ; les conversions. — Analyses et comptes rendus. — Revue des périodiques étrangers. — Livres nouveaux. Abonnement, du 1er janvier ; Un an, Paris, 30 fr. ; départements et étranger, 33 fr. La livraison . 3 fr. Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

G. ROUMA. — L'organisation de cours de traitement pour enfants troublés de la parole. Brochure de 170 pages. W. Engelmann, (éditeur, à Leipzig).

AVIS A NOS ABONNES. — *L'échéance du 1er juillet étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser le montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 °/o prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **15 juillet.** *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.

— Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **28 francs** *pour la France et* **30 francs** *pour l'Etranger.*

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères et Thiron.

TABLE DES MATIÈRES

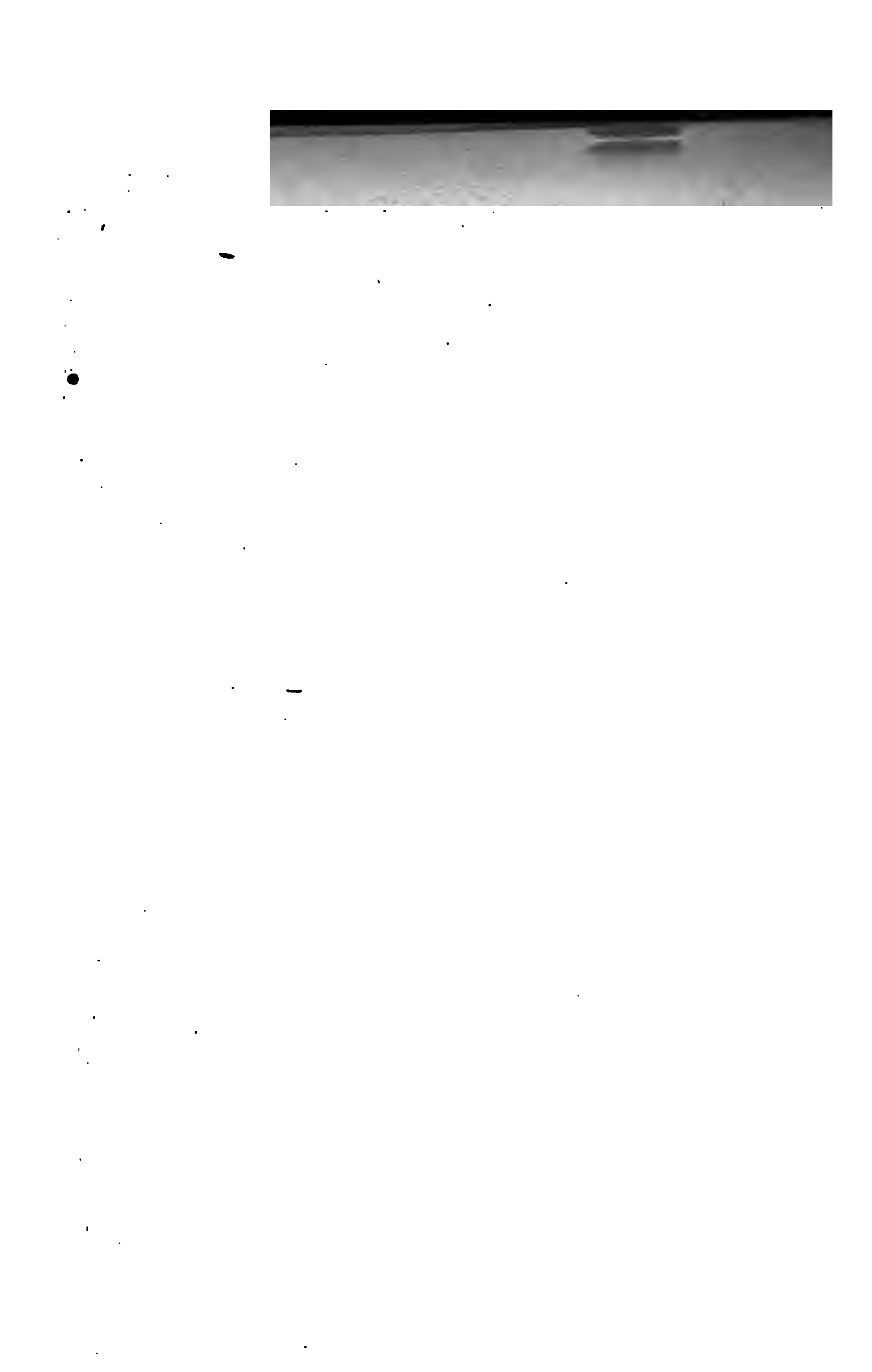
TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS

Clermont (Oise) — Imprimerie Daix frères et Thiron.

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE



Vol. II. 3e Série. Juillet 1907. N° 7

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

ASSISTANCE

Du placement des enfants arriérés dans les Colonies familiales.

PAR LE Dr TRUELLE, médecin en chef,
Directeur de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher)

Le 23 décembre 1905, le Conseil général de la Seine invitait l'administration préfectorale « à effectuer, à titre d'essai, le placement dans les colonies familiales de 15 à 20 enfants arriérés de 5 à 15 ans. » En vertu de cette délibération, 13 fillettes, choisies dans le service de M. le Dr J. VOISIN, à la Salpêtrière, étaient transférées le 11 juillet 1906 à la colonie familiale de Dun-sur-Auron. Vers la même époque un nombre à peu près égal de garçons, pris à l'asile de Vaucluse, dans le service de M. le Dr BLIN, étaient envoyés à Ainay-le-Château. Je ne m'occuperai pas de ceux-ci, la colonie d'Ainay étant indépendante de celle de Dun; mais je ne doute pas que, dans les grandes lignes, ce qui est vrai des filles, ne le soit également des garçons.

Les enfants désignées pour ce transfèrement à la Colonie avaient été soigneusement choisies par M. le Dr J. Voisin ; même le distingué médecin de la Salpêtrière avait pris la peine de venir quelque temps auparavant, se rendre compte sur place, des conditions d'existence qui seraient faites ici à ces nouvelles pensionnaires. De plus, il avait bien voulu me recevoir dans son service et me soumettre, avant de l'arrêter définitivement, la liste qu'il avait établie. Or, malgré ces précautions prises dans le choix des petites malades, deux d'entre elles ont rapidement présenté des troubles qui ont nécessité leur renvoi. C'est une preuve que, pour les enfants, aussi si bien que pour les adultes, il est impossible de prévoir

dans tous les cas et à coup sûr quelles réactions se manifesteront en vie familiale libre.

Sans doute, il est, dans le choix des malades, des éliminations que l'on peut faire à priori. C'est ainsi qu'avec M. J. Voisin, comme du reste avec M. le Dr BOURNEVILLE qui, lui aussi, m'avait largement ouvert son service de la Fondation Vallée et m'avait éclairé de sa très haute compétence, c'est ainsi, dis-je, qu'il avait été tout de suite établi que les enfants complètement invalides et gâteuses ne sauraient retirer aucun bénéfice de leur placement en colonie familiale.

Les soins minutieux exigés par cette catégorie de malades ne peuvent en effet leur être donnés d'une manière convenablement surveillée que dans des établissements spéciaux.

A Dun, l'on avait commencé par placer en groupes dans des familles celles de nos pensionnaires adultes qui devenaient gâteuses : c'était un système déplorable : les malades étaient mal soignées, les locaux mis à leur disposition, recrutés forcément parmi ceux des nourriciers les plus misérables, étaient des taudis pour la plupart. Aussi, dès le début de l'année 1902, ces malades furent-elles hospitalisées au siège central de la colonie, dans un pavillon spécialement construit à cet usage.

A priori, nous avions encore admis — et ceci allait de soi — qu'on ne pouvait, sans courir vers un échec certain, recevoir ici les enfants habituellement violentes ou précocement vicieuses (tendances au vol, perversions génitales ou développement anormal de l'instinct sexuel, impulsions pyromaniaques, etc.) Enfin nous avions jugé dangereuse pour elles-mêmes et compromettante pour l'avenir de la colonie l'admission des épileptiques à crises convulsives fréquentes, surtout quand les crises s'accompagnaient de troubles intellectuels graves.

Ce fut d'après ces données générales que furent choisies nos treize petites pensionnaires. Malgré ces précautions, ainsi que je le disais au début, deux de ces enfants n'ont pu être gardées à la colonie. Voici, résumées, leurs observations et les circonstances qui ont motivé leur renvoi.

Obs I. — Céline.... Mle 40691, âgée de 11 ans, en traitement à la Salpêtrière depuis 8 ans, atteinte « d'imbécillité avec cris et turbulence ; microcéphalie ; strabisme » dit le certificat d'admission (5 juillet 1898). Cette enfant, constate M. J. Voisin, dans son certificat de transfèrement en date du 11 juillet 1906, est « turbulente par moments, mais a fait des progrès depuis son entrée ». Effectivement, les trois premiers jours qui suivirent son admission, Céline..., placée en observation à l'infirmerie centrale, en compagnie de ses petites camarades, apparaît calme, obéissante et passive. Elle saisit les questions simples, connait les objets usuels, et bien que son langage soit très rudimentaire, elle parvient à se faire assez bien comprendre. Elle ne sait ni lire, ni écrire. Placée dans un des villages annexes, la journée n'était pas écoulée qu'elle nous était rendue par la nourricière : tout de suite l'enfant s'était montrée turbulente, touchant à tout au risque de se blesser, cherchant continuellement à s'échapper. Mise de nouveau en observation à l'infirmerie, Céline reste en effet très remuante et indocile ; deux fois en dix jours, elle a des crises d'excitation désordonnée au cours de l'une desquelles elle se coupe légèrement un doigt en cassant un carreau ; elle mange malproprement, urine au lit au moins une nuit sur deux. A diverses reprises on la surprend buvant son urine, emplissant sa bouche de la boue qu'elle peut ramasser dans la cour. Elle est rebelle à toute direction, fuit ceux qui l'approchent, n'est accessible à aucune caresse ni à aucun raisonnement. A cette époque toutes les autres enfants, sauf une, avaient quitté l'infirmerie.

Bien que la surveillance incessante exigée par cette petite fût effectivement difficile, je voulus tenter un nouvel essai. Placée à Dun chez une autre nourricière particulièrement patiente, Céline.... ne put y demeurer que 5 jours ; aucune amélioration n'était survenue. Pendant un mois encore elle fut gardée à l'infirmerie ; elle y resta toujours aussi turbulente et difficile à surveiller ; ses périodes d'agitation devenaient plus fréquentes, souvent elle cherchait à frapper les autres malades. Ainsi je me trouvai dans l'obligation de la réintégrer dans un asile fermé (28 août). Cette enfant n'avait pas de famille qui s'intéressât à elle.

Obs. II. — Germaine..... N° Mle 41328, âgée de 14 ans, en traitement à la Salpêtrière depuis 4 ans, atteinte « d'imbécillité ; perversions instinctives, vols, colères, impulsions » (Certificat d'admission du 24 juillet 1902).

A la Salpêtrière, les mauvais instincts avaient disparu ; l'enfant ne présentait plus que des « périodes d'excitation ». Son intelligence, faible, est cependant active : elle est constamment à la piste des petits événements qui peuvent survenir dans son entourage, et elle en fait aussitôt le récit à celles des personnes qui

ont su gagner sa confiance ; tout l'intéresse, elle questionne sur tout, veut savoir le pourquoi et le comment de chaque chose. Ces dispositions lui avaient même valu à l'hospice le surnom de « Concierge ». Elle sait écrire son nom, connaît l'addition des 3 ou 4 premiers chiffres, coud un peu. Mais sa grande occupation est de jouer, sauter, courir et questionner. Dès son entrée, elle se montre ici plutôt turbulente, un peu entêtée ; elle ne reste pas en place, taquine volontiers ses petites camarades ; au demeurant elle est affectueuse, contente du nouveau genre de vie qui se prépare pour elle. Chaque matin à la visite, elle demande à être envoyée chez une nourricière.

Placée à Dun avec une de ses compagnes, elle s'attache vite à la personne à qui nous l'avons confiée ; en deux jours elle fait connaissance avec tous les voisins du quartier et va leur raconter ses petites affaires. Mais elle reste indisciplinée, faisant volontiers ce qu'on lui défend, très capricieuse. En quelques jours la famille qui l'a recueillie n'a plus sur elle une autorité suffisante. Notre intervention directe est souvent nécessaire. Si la nourricière s'oppose à ses fantaisies, il est vrai peut-être, pas avec le tact et la patience qui conviendraient, Germaine... a des crises de colère ; elle devient pâle, trépigne et se roule à terre. A plusieurs reprises elle déclare à sa nourricière qu'elle ne veut pas manger pour « la faire enrager » ; elle débite à celle-ci et aux voisins, qui ont le tort de s'en amuser, des grossièretés énormes, relève ostensiblement ses jupes dans la rue. L'instant d'après, d'ailleurs, elle se jette dans les bras de sa « grand'mère » l'embrassant avec une effusion exagérée, protestant qu'elle va être sage et qu'elle ne veut pas la quitter. Mais ces bonnes résolutions ne durent qu'un moment. Le 12 août, la nourricière, excédée et complètement « brûlée », nous la rend. Pendant 10 jours, Germaine reste à l'infirmerie, toujours sans méchanceté réelle, mais toujours aussi turbulente et fantasque. Néanmoins un nouvel essai fut fait ; le 22 août je la confiai à une autre nourricière de tempérament très calme. L'enfant devait s'y trouver avec une pensionnaire adulte, également patiente. Mais Germaine ne se modifia point. Elle bouleversait tout dans la maison et dans le jardin, n'obéissant à aucune prière, ne se soumettant pour un temps suffisamment long à aucune injonction. Elle risquait à chaque instant de se blesser avec les objets de toutes sortes qui fatalement se trouvaient à sa portée et qu'elle s'obstinait à manier en dépit de toutes les recommandations. Aussi quatre jours après nous fut-elle rendue. A l'infirmerie son état ne fit qu'empirer. Le service n'étant point organisé pour ce genre de malades, l'enfant suffisait à elle seule à le troubler tout entier. La surveillante en était réduite à se faire accompagner d'elle dans toutes ses courses. Quand on la laissait dans la salle

commune, Germaine... y taquinait les autres malades, ou bien voulait s'entremettre dans ce qui se faisait ; elle s'opposait d'autre part à ce qu'on voulait d'elle, puis se fâchait et se roulait à terre en poussant des cris si l'on insistait. — C'était un placement volontaire ; sa mère lui était très attachée, je la prévins lui conseillant de reprendre l'enfant pour la faire admettre de nouveau à la Salpêtrière. C'est ce qu'elle fit, et c'est dans ces conditions que Germaine... quitta la colonie le 8 octobre 1906.

Voici donc deux enfants qui, à la Salpêtrière, en dépit de quelques moments d'excitation et de mauvaise humeur, étaient suffisamment tranquilles et dociles en apparence pour qu'on ait jugé non indispensable à leur égard une surveillance spéciale et continue dans un établissement fermé. Cependant dès qu'elle fut séparée de ses compagnes, Céline.... se montra d'une turbulence, telle qu'il devint absolument impossible de la conserver en colonie. Il semble que cette enfant réduite à une vie intellectuelle très rudimentaire, sortie de son entourage coutumier, privée des habitudes dans lesquelles elle vivait auparavant calme, indifférente et docile, n'étant plus, pour ainsi dire, encadrée dans un milieu spécialement organisé, il semble, dis-je, que cette enfant se soit trouvée subitement désorientée et affolée par toute cette nouveauté que percevaient ses sens mais qu'elle ne comprenait pas.

Peut-être si nos infirmeries avaient été mieux aménagées, aurions-nous pu la garder plus longtemps parmi nous, l'acclimater peu à peu, l'apprivoiser pour ainsi dire, et, peut être-aurait-elle fini comme ses compagnes par pouvoir rester en placement familial. Toujours est-il qu'à l'asile de Beauregard (Cher) où elle a été transférée, l'enfant, après quelques semaines d'agitation semblable à celle qu'elle avait ici, s'est peu à peu calmée, et elle y vit suffisamment tranquille. Par surcroît j'ajouterai qu'aucun symptôme physique n'a coïncidé avec cette excitation qui, autant qu'on en pouvait juger, ne s'accompagnait pas davantage de troubles sensoriels, et semblait bien quelque chose d'artificiel dû au changement brusque de vie survenu dans l'existence de notre petite malade.

Quant à Germaine.... son impossibilité de vivre en colonie paraît résulter d'un processus différent. Son in-

telligence était éveillée, mais son humeur très mobile, ses instincts capricieux. Tantôt elle se montrait affectueuse, tantôt irritable et quelque peu perverse. Seule, une autorité étrangère multiple et variée, de plus scientifiquement organisée, avait pu la maintenir dans une voie à peu près normale. Il n'y avait pas deux heures que sa mère était arrivée ici, et déjà la pauvre Germaine ...... avait commis je ne sais quelle incartade qui lui avait valu une giffle magistrale, devant qui, je dois le dire, la nourricière s'était extasiée en déclarant que c'était là en effet ce qu'il lui fallait. La vérité, c'est qu'il fallait à l'enfant, non pas des giffles, ni-même une contrainte morale excessive, mais au contraire une direction éclairée et bienveillante, et surtout ouvrir à son activité trop instable des débouchés toujours nouveaux ; il aurait fallu pouvoir, tout en la maintenant dans une discipline non apparente, l'occuper et la distraire continuellement. Tout cela avait bien été expliqué, répété et même rabâché à la nourricière, mais c'était vraiment trop demander à cette femme qu'aucune éducation préalable n'avait formée, et à qui d'ailleurs les soins inéluctacles de son ménage laissaient trop peu de temps disponible. Comme celle de l'enfant, sa nature fruste et primesautière l'entraînait à des excès de complaisance ou de sévérité; bien vite elle fut débordée dans sa tâche et Germaine.... n'eut plus vis-à-vis d'elle aucune retenue.

La liberté qu'on lui octroyait, l'enfant en abusait ; les instants où sa nourricière, prise par ses occupations personnelles, la laissait livrée à elle-même, elle en profitait pour commettre dans le quartier des escapades fâcheuses et si nous avions laissé les choses en l'état, celles-ci, grossies par les mauvaises langues, qui ne chôment pas plus ici qu'ailleurs, auraient bien vite donné à ces enfants, point de mire de tous les nourriciers, une réputation détestable qu'elles sont loin de mériter. A l'infirmerie, faute d'organisation spéciale, nous ne pûmes pas davantage canaliser cette activité désordonnée, ni remettre l'enfant dans le bon chemin ; il ne restait donc qu'une chose à faire c'était de la rendre à la Salpêtrière puisqu'elle s'y était améliorée et qu'elle y avait vécu en somme fort heureuse: c'est ce dont la mère voulut bien se charger.

Il serait manifestement puérile d'incriminer dans ces deux cas le choix fait à l'asile. Rien à l'hôpital ne pouvait faire prévoir en toute certitude que ces deux enfants ne pourraient s'acclimater à la colonie telle que celle-ci est actuellement organisée. Même après les premiers jours d'examen ici, à l'infirmerie, je ne prévoyais nullement, notamment en ce qui concerne Céline....., ce qui allait se passer.

Parmi les onze autres enfants, certaines se présentaient avec des troubles morbides qui me préoccupaient bien davantage, et je n'étais pas sans escompter des difficultés dans leur placement, Et cependant une seule a jusqu'ici donné lieu à un incident de quelque valeur. Voici le résumé de son observation :

Rosa.... 14 ans, internée le 18 avril 1902, « atteinte d'imbécillité, irritabilité morbide et violences par intervalles, Epilepsie » (signé MAGNAN). Le certificat délivré au moment de son transfèrement à la Colonie indique : « débilité mentale avec accès rares d'épilepsie ; n'en a pas eu depuis au moins une année » (signé J. VOISIN). L'enfant m'avait de plus été signalée comme ayant des habitudes d'onanisme très accentuées. Elle est bien développée, sait un peu lire, écrire, compter et coudre. Mise en observation à l'infirmerie pendant 8 jours on ne remarque chez elle rien de spécial en dehors de quelques vertiges légers, très courts et sans chute. Pas d'onanisme ; disons immédiatement que jusqu'à présent elle n'a rien présenté de semblable. Placée dans un village annexe, cela va d'abord très bien ; la nourricière se déclare satisfaite ; l'enfant est douce et généralement docile. Le 7 août, presque un mois après son entrée, survient une crise épileptique avortée : cri initial, chute à terre, mouvements convulsifs limités à la face. Cela dure quelques secondes et l'enfant revient immédiatement à elle, sans troubles mentaux consécutifs. Mais la nourricière avait été un peu effrayée de ces symptômes ; je dus aller la rassurer. Comme elle commençait à s'attacher à l'enfant elle ne fit pas de difficultés pour la conserver. Un traitement bromuré fut institué dès l'abord et — ceci est d'ailleurs une mesure générale prise pour tous les enfants — j'avais proscrit formellement l'usage de tout excitant tel que vin pur, café, etc. Mais les crises ne firent qu'augmenter de fréquence. Le plus souvent c'étaient de simples vertiges, parfois cependant il y avait des attaques complètes avec perte momentanée de connaissance, relâchement des sphincters, et convulsions toujours limitées à la face. Alors, malgré tous les conseils, la nourricière se détacha peu à peu de l'enfant, elle ne sor-

tait presque plus jamais avec elle et même elle en arriva à ne plus l'admettre à la table où elle et son mari prenaient leurs repas. Dès que ceci me fut connu je ramenai la petite Rosa... à l'infirmerie centrale (10 octobre). Il suffit d'un séjour d'une semaine avec traitement approprié pour que les crises se fussent espacées et notablement atténuées dans leur forme.

Huit jours après, l'enfant était replacée, mais chez une autre nourricière, à Dun cette fois ; et depuis lors, bien qu'elle ait toujours de temps en temps des vertiges, elle est gardée très volontiers pas sa nouvelle nourricière qui la déclare douce et facile à diriger (1).

Ce n'est pas d'ailleurs la seule épileptique que nous ayons parmi ces enfants. Deux autres ont, l'une des vertiges très fréquents, la seconde des crises convulsives rares. Après quelques hésitations, les nourricières de l'une comme celle de l'autre, ont fini par s'accoutumer à ces manifestations et par ne pas s'en effrayer. Je dois ajouter que ces deux fillettes sont placées à Dun où les nourricières — et elles le savent bien — peuvent compter sur l'intervention immédiate du médecin. Pour les autres il n'y a pas eu d'incident digne d'être relevé. Est-il nécessaire en effet de signaler deux assiettes cassées par l'une d'elles dans un petit moment d'irritation !

Ainsi, 11 des 13 enfants admises à la colonie se sont en somme vite et bien acclimatées. Elles se trouvent heureuses ici, et ne semblent nullement regretter leur séjour dans un hospice fermé. Elles ne quitteraient pas sans regret et sans larmes leur nourricière. Presque toutes appellent celle ci « maman » ou « grand'mère » donnant aux autres membres de la famille les noms qui leur conviennent dans la parenté fictive quelles se sont créées consciemment. Toutes nos petites pensionnaires prennent leurs repas à la table commune. Elles jouent avec les enfants de la famille ou avec ceux des voisins, quelques-unes font des courses, allant aux «commissions». Les dimanches et les jours de fête, les nourricières les promènent, les font assister aux divertissements qui peuvent

(1) Depuis l'époque où ceci a été livré à l'impression l'enfant a dû une seconde fois être changée de placement : elle ne s'entendait pas avec sa compagne, une autre petite malade à qui les nourriciers réservaient toute leur affection et toute leur complaisance.

se présenter. Physiquement les enfants se portent bien, elles ont toutes augmenté de poids ; nous n'avons eu à intervenir thérapeutiquement que pour 3 d'entre elles ; les trois épileptiques dont il a été question plus haut et dont l'une était en outre porteur d'un tænia.

Chez beaucoup les nourricières ont elles-mêmes constaté une certaine amélioration dans l'état mental. Cinq d'entre elles notamment, enfants retardataires, qui déjà d'ailleurs avaient fait de grands progrès à l'asile, sont devenues plus éveillées, plus ouvertes, plus dociles aussi et plus susceptibles de s'occuper à quelques petits travaux (couture, épluchage des légumes, ménage, courses chez les fournisseurs). Je citerai en particulier :

Marcelle... 12 ans, « atteinte de débilité mentale avec périodes d'excitation par intervalles » (J. Voisin), qui, les premiers jours, à l'infirmerie, taquinait ses compagnes, cherchait à les piquer, à les mordre, se montrait turbulente, avait des rages avec colères et pleurs, et qui, placée isolément, ne quitte pas sa nourricière, est très attachée à elle, lui rend quelques services.

Elle a bien encore de temps en temps de petites poussées de révolte, mais « cela va bien mieux qu'au commencement » dit elle-même la femme à qui elle a été confiée.

Gabrielle... 13 ans, « imbécillité avec turbulence » (J. Voisin), placée à Dun avec une pensionnaire adulte. Les premiers jours elle était un peu sauvage, causant à peine. A plusieurs reprises elle avait uriné au lit. Maintenant elle est propre, gaie, ouverte, fait de la couture, la nourricière en est enchantée.

Lucienne... 11 ans, débilité mentale et périodes d'excitation. Onanisme ». Placée à Osmery avec une pensionnaire adulte, n'a pas présenté ici d'onanisme. Au début elle était maniériée, grimacière, se contentant le plus souvent de rire en se contorsionnant et sautillant sur une jambe quand on lui parlait. Aujourd'hui elle se tient plus convenablement, elle s'est très développée physiquement, elle a pris en affection l'enfant de la maison et ne sait que faire pour lui être agréable ; elle est douce et affectueuse », dit la nourricière.

Deux seulement ont de la tendance à devenir plus désobéissantes : très gâtées par leur « grand'père » elles savent trouver en lui un défenseur inlassable, toujours prêt à pardonner leurs petits caprices, même ceux qu'il faudrait réfréner ; et à deux ou trois reprises la nourri-

cière a dû avoir recours à l'intervention du médecin, pour rappeler à ces enfants qu'elles doivent rester soumises à certaines règles. — Une dernière enfin n'a pas fait de progrès appréciables.

Quant aux conditions dans lesquelles ces enfants sont placées, elles sont très variées. Pour elles d'ailleurs, au contraire de ce qui arrive pour la majorité des adultes, ce qui importe au premier chef, ce ne sont pas les conditions matérielles du logement ; le point le plus délicat est le choix de la nourricière elle-même ; les dispositions de la chambre où elles couchent ne venant qu'en second ordre. Les unes sont placées isolément et couchent soit dans une chambre à part en communication immédiate avec la pièce, où se tient la nuit la famille qui les héberge, soit dans la chambre à coucher même de la nourricière ; les autres sont par deux dans une même pièce, ou bien cohabitent avec une pensionnaire adulte. Or de cette diversité aucun inconvénient n'est encore apparu. C'est qu'en effet, tandis que beaucoup d'adultes, aiment à s'isoler le jour dans leur chambre et à s'occuper de leurs petites affaires, tout en n'ayant que très peu de contact avec la famille qui les hospitalise, les enfants vivent au contraire continuellement dans cette famille ; leur chambre, quand elles en ont une qui leur est spéciale, elles ne l'habitent que pour dormir.

Les nourricières ont très bien accepté ce nouveau genre de malades. Non seulement un certain nombre de celles antérieurement désignées pour avoir des adultes ont demandé des fillettes de préférence, mais une dizaine de familles se sont fait inscrire uniquement pour recevoir des enfants. Je dois avouer toutefois qu'il est un point capital sur lequel les nourricières réclament : c'est sur le prix qui leur est payé.

Le taux journalier fixé par l'administration est de 0 fr. 85 (1 fr. 10 pour les adultes). Pour les garçons placés à Ainay-le-Château, le prix de journée accordé aux nourriciers est 1 fr. ; on le sait fort bien à Dun. De là certaines réclamations. Et à la vérité je ne vois pas qu'il y ait une différence appréciable, dans la dépense qu'ils nécessitent, entre les garçons et les filles. Au moins autant que celles-ci, ceux-là sont susceptibles de rendre à

la famille qui les reçoit quelques petits services, et en tout cas ils exigent certainement une surveillance moins grande et surtout ils exposent à moins de responsabilité. D'un autre côté, ces enfants en pleine période de développement, consomment une quantité de nourriture qui n'est pas sensiblement inférieure à celle nécessaire aux malades âgées, nombreuses à la colonie ; et la différence, si elle existe, se trouve largement compensée par la surveillance plus étroite et les petits soins plus nombreux et plus délicats qu'elles exigent. Si en effet, l'essai tenté a réussi jusqu'à présent, nous le devons certainement à la conscience avec laquelle, en général, les nourricières ont rempli les devoirs souvent difficiles qui leur incombent. C'est dire que l'on est obligé de faire un choix parmi ces nourricières ; or tout se paye.

Est-ce à dire que le mode actuel de procéder dans le placement familial des enfants arriérées soit parfait et définitif ? Je ne le pense pas.

Nous avons vu que malgré toutes les précautions prises dans le choix des petites malades destinées à vivre en colonie, il est impossible d'éviter les méprises. Il ne suffit pas de faire cette constatation, il convient d'en tirer les conséquences. Et je les vois au nombre de deux.

Tout d'abord il conviendrait d'organiser le centre colonial, de telle façon que la présence d'une seule enfant turbulente ne vienne pas entraver le service. Sans doute, nous avons ici des locaux un peu prétentieusement appelés « infirmeries centrales ». Mais en fait, ils ne sont guère disposés ni aménagés pour y traiter et y surveiller des aliénés. Actuellement l'immense majorité de nos malades ne sont plus ces « démentes dont l'état mental ne justifiait pas d'une façon absolue le maintien dans un asile » dont parlait la lettre ministérielle du 2 mai 1892 ; ce sont des aliénées présentant toutes les formes de la pathologie mentale, la plupart délirantes et beaucoup en pleine activité délirante. Or, si les deux bâtiments qui nous servent encore d'infirmeries étaient jadis tout au plus bons pour aliter quelque vieille affaiblie ou malade, ils n'ont jamais convenu pour l'hospitalisation d'aliénés que leur état mental ne permet pas de

placer dans une famille de nourriciers. Mais ce n'est pas le lieu d'insister sur ce sujet.

Une autre leçon que nous enseignent les deux cas précédemment relatés, et plus particulièrement celui de Germaine..... c'est la difficulté pour les nourricières, de savoir occuper et distraire les enfants et de rester douces et patientes vis-à-vis d'elles, tout en conservant une autorité suffisante. Or ceci, qui s'est manifesté à l'état aigu pour la petite Germaine....., est également vrai, bien que dans une forme heureusement atténuée, pour la pluralité des autres enfants. Ce n'est pas, en effet, une chose facile que de pouvoir diriger par une contrainte purement morale et jamais opprimante ces enfants au cerveau rudimentaire, toujours capricieuses, souvent impulsives. Non seulement, il faut une patience à toute épreuve, mais encore, à défaut d'une culture professionnellée, et celle-ci ne peut s'acquérir en colonie familiale que très difficilement et à la longue, un tact inné qu'il n'est pas commun de rencontrer ici.

La continuité d'une surveillance parfois pénible, toujours absorbante, risque d'énerver les nourricières à certains moments. D'ailleurs il ne leur est vraiment pas possible de consacrer tout leur temps aux petites pensionnaires ; elles ne peuvent abandonner ni leur ménage ni leurs occupations habituelles. Même il n'est pas bon, pour les enfants, de rester perpétuellement sous l'unique tutelle de leur nourricière. Il est à craindre que certaines d'entre elles n'arrivent à prendre sur cette nouvelle famille autant d'empire qu'elles en avaient sur la leur propre et qu'elles ne finissent par ne pas garder vis-à-vis de leur nourricière plus de retenue qu'elles n'en montraient chez elles.

Ce sont ces considérations qui m'ont déterminé récemment à réunir au centre colonial toutes les enfants placées à Dun — elles sont la majorité, 8 sur 11 — pendant quelques heures, cinq jours de la semaine. Cela crée une diversion dans leur existence ; les petits agacements qui ne peuvent manquer de naître par le fait d'une cohabitation constante se trouvent atténués dans la mesure du possible ; de plus, échappant momentanément à la surveillance de leur nourricière, les enfants retombent plus

volontiers sous celle-ci et usent moins vite leur faculté d'obéissance. Mais ce n'est pas tout encore. Ces fillettes, à la Salpêtrière, avaient reçu une instruction et une éducation médico-pédagogique. Sans doute leur bagage littéraire et scientifique était léger et l'on ne pouvait espérer l'accroître beaucoup. Toujours est-il cependant que sur les 11 enfants que nous avons actuellement, 9 savent écrire d'une façon presque suffisante, une dixième arrive à copier à peu près correctement quelques mots, enfin la dernière, atteinte d'hémiplégie droite, trace de la main gauche les lettres de l'alphabet. Sans parler de la crainte qu'en ont exprimée avec insistance plusieurs familles, il serait évidemment fâcheux de laisser perdre les bénéfices du progrès réalisé en ne continuant pas dans la mesure du possible l'œuvre d'instruction et d'éducation commencée. Sans doute, on ne peut pas songer à fonder de suite pour ces enfants un service qui puisse être comparé, même de loin, à l'œuvre admirable créée par M. Bourneville à Bicêtre et à la fondation Vallée ; cependant il faudra bien, dans l'avenir, si le nombre de ces petites pensionnaires s'accroît à la colonie, instituer ici une sorte d'école médico-pédagogique, aussi simple que l'on voudra.

Pour le moment, nous nous contentons, pendant le temps où les enfants sont réunies au siège central, sous la surveillance d'une de nos anciennes infirmières, de les distraire et de les occuper comme nous pouvons, tout en nous efforçant de poursuivre leur instruction et leur éducation dans la mesure où nos moyens le permettent.

PSYCHOLOGIE

L'homme est-il symétrique ou double ?

Réponse de M. C. Sabatier à M. le Dr Bonne.

M. le Dr Bonne a fait l'honneur à mon petit livre « *Le Duplicisme humain* » (1) de quatre longs articles de critique : encore la

(1) *Le Duplicisme humain*, par Camille Sabatier, avec introduction par A. J. Abelous, professeur de physiologie à l'Univ. de Toulouse p. 2,50. Alcan, 1907, Paris.

majorité des pages est-elle en petit texte. Est-ce à dire que mon livre vaille qu'on s'occupe si longuement de lui ? Non certes, puisque M. Bonne ne le présente que comme un monument d'ignorance et d'inexcusable légèreté. Pas une ligne, paraît-il, qui ne contienne une erreur : rien n'y vaut, ni fond ni forme.

Or voici bien chez mon Aristarque une première inconséquence : le livre ne valant rien, M. Bonne eut encore fait acte de générosité en lui consacrant quelques lignes. Mais il est dans la nature de M. Bonne d'être serviable même quand il ne le veut pas. Le service que sa longue critique a valu à la thèse du Duplicisme est d'autant plus grand que cette critique a été plus acerbe et que son auteur est plus érudit ; car si le lecteur s'aperçoit, comme bien j'espère, que les objections ne portent pas, ne pouvant incriminer l'insuffisance du critique, il en concluera que la théorie en est confirmée.

Aussi bien suis-je convaincu que le jeune savant, de parfaite éducation et d'entière sincérité qu'est M. Bonne a déjà regretté les emballements désobligeants de sa plume, emballements dûs à une passagère nervosité. Loin d'en garder rancune, je reste l'obligé très grand de mon critique.Tandis qu'en mon esprit s'ébauchait la théorie dupliste, j'avais pu, grâce aux objections dès lors véhémentes de M. Bonne, faire le tour de mon sujet et obtenir un contrôle de mes idées. Je l'en avais remercié dans la préface du livre. Je le remercie aujourd'hui de me valoir une confirmation dans mes idées, et de me permettre de prouver au lecteur que les arguments invoqués contre le *Duplicisme* ne sont pas sans réplique.

C'est en un seul article que je répondrai aux quatre articles de M. Bonne. J'écarterai le détail et ne m'arrêterai qu'aux objections maîtresses sur le terrain de la physiologie et de la biologie. Je craindrais d'abuser de l'hospitalité des *Archives* en suivant M. Bonne sur le terrain philosophique et sociologique.

Sur quoi, qu'il me soit d'abord permis de présenter le coupable à mes juges : Qu'est-ce que le Duplicisme ? M. Bonne essaye de le décrire et il le fait en toute loyauté. Cependant je reconnais malaisément mon enfant dans le signalement qu'il en donne.Le Duplicisme est une doctrine suivant laquelle l'*homme est composé* de deux *co-êtres* longitudinalement accolés et soumis à une existence *conjuguée*. Voulez-vous l'idée sous une autre forme ? Voici : De même que chaque branche de l'astérie constitue un *individu*, un zonite,de même je crois que chaque hémisphère cérébral avec la moitié du corps qu'il régit, constitue un individu, mais que ces deux individus sont soumis à une existence conjuguée et ont adapté leur organisation à cette existence conjuguée,d'où leur nom de *co-être*.

C'est donc une théorie biologique. Quels sont vos titres en

biologie. Quelles sont en cette matière les preuves d'une suffisante compétence pour que nous puissions hasarder quelques heures à vous lire ?

— Oh ! je le confesse : je n'ai ni titres, ni autorité ni compétence. Je ne suis qu'un pauvre sociologiste qu'une téméraire curiosité a fait s'aventurer sous les couverts du champ biologique. Mais j'ai tâché du moins, si fatuité il y avait à aborder une science en laquelle j'étais si peu versé, à doubler ma témérité de modestie. J'ai posé d'abord aux maîtres de simples questions. Je me suis pénétré de leurs conseils, y compris ceux de M. Bonne lui-même, tout en n'étant pas convaincu par lui sur tous les points. Mon livre est né de cette enquête sur l'idée fondamentale du duplicisme, idée qu'après deux ans d'hésitations j'ai présenté au public, sous le patronage tout à fait honorable pour moi, d'un savant physiologiste.

— Que n'êtes-vous resté dans la sociologie, me dira-t-on ! — Tout est dans tout ; et c'est en sociologiste que j'ai été conduit à interroger la biologie. Voici comment :

Comme sociologiste je crois : 1° Que l'homme est fait pour vivre en Société ; 2° Que la Société ne peut subsister sans règles morales 3° Qu'il ne saurait y avoir de morale sans quelque libre arbitre. Or la société se perpétue. C'est donc qu'il y a des règles morales ; c'est donc qu'il y a quelque libre arbitre en nous.

Je me disais à l'appui de cette opinion libéraliste : les hommes de tout temps et de tout pays ont tenu leurs semblables pour responsables du tort que chacun pouvait causer. Or, il ne saurait y avoir de responsabilité là où il n'y a pas de liberté. C'est donc que tous les hommes ont toujours cru à la liberté, et se sont pratiquement conduits comme s'ils ne pouvaient pas ne pas y croire..... les farouches déterministes compris.

Contre cette croyance en la liberté ceux-ci pourtant s'élèvent : ils crient : Illusion ! illusion ! Et ils redisent le mot de Schopenhauer. « Le sentiment de la liberté est une politesse que la Nature a faite à l'homme ». Etrange raisonnement qui oblige qu'on imagine la Nature humaine comme autre chose que l'homme ; qui place celle-là en dehors et en face de celui-ci ; qui fait agir l'une contre l'autre !

Or, pourquoi, s'il vous plaît, cette négation de la liberté ! Sur quoi repose-t-elle cette doctrine déterministe qui se dresse ainsi contre l'instinct universel de l'Humanité, et qui oriente logiquement toute la conception sociologique, indifféremment, vers le despotisme ou vers l'anarchie ?

Eh bien cette doctrine repose sur un raisonnement. Ce raisonnement le voici : « L'homme est *un*. Dans un milieu un, on ne conçoit pas qu'il puisse naître simultanément des activités, des impulsions, ou, si l'on veut, des motifs différents d'origine et de tendance. Les motifs intérieurs de l'Homme ne le détermineront donc

jamais simultanément, qu'en un seul sens, et ne lui laisseront ainsi aucune option. D'où pas de liberté. Que si les impulsions viennent des forces extérieures à l'Homme,ces forces en le frappant dans son unité essentielle, produiront ce que produisent les forces agissant sur un même plan : une résultante unique qui sera pour l'Homme son *unique* motif..., d'où encore ni option, ni liberté ».

Je me disais encore : « Pour être libre il ne faut pas seulement avoir à opter entre deux conduites ; il faut encore pouvoir délibérer son choix. Or pour délibérer il faut être deux... et je suis *un* ! Ah que ne suis-je *deux* ! Comme la science sociologique s'éclairerait si l'Homme n'était pas *un*, et si n'étant pas un, il retrouvait devant la logique le droit d'être libre ! Il y a deux hommes en moi, disait Saint-Paul. L'indécision, les combats intérieurs sont les phénomènes les plus fréquents de notre vie psychique. Comme tout s'expliquerait aisément si effectivement, il y avait deux hommes en chacun de nous ! Pourquoi faut-il que la biologie nous enseigne ce dont la Religion de son côté veut nous persuader : l'Unité de l'Homme !

Mais au fait : cette Unité est-elle démontrée ?... Le doute, subit m'en vint ; et sur la table de dissection je revis en pensée l'Homme avec ses deux hémisphères,ses membres et ses organes pairs, ses sens en double. Puis dans l'œuf à peine né j'aperçus, comme premier phénomène de son développement, la division fondamentale de la masse dans le sens méridien, la division blastomérique. Eh mais,serait-il possible ? L'homme serait-il biologiquement double ? Tout au moins la Biologie me fournirait-elle des motifs pour douter assez de mon unité,pour que je puisse croire à ma liberté, postulat nécessaire en morale et en sociologie ?

Comprend-on maintenant ce que je demandais à la biologie ? Ce n'est pas une démonstration du Duplicisme, c'est seulement de me permettre de douter que l'Homme soit ***essentiellement un***. Après la lecture attentive du long réquisitoire de M. Bonne contre le Duplicisme, je me sens plus rassuré ; décidément il ne sera pas impossible de réconcilier la biologie et la liberté, grâce à cette formule que la discussion tend plutôt à confirmer : l'homme est composé de deux individualités conjuguées ; et c'est précisément dans le conditionnement de cette conjugaison que l'Homme prend *conscience* de son *Unité*.

Ah ! je sais bien que tel n'est pas l'avis de M. Bonne. Pour lui la biologie *affirme* l'unité essentielle de l'Homme. Oui, elle ***affirme***, elle *prouve*, elle *démontre absolument* et, par des raisonnements aussi péremptoires les uns que les autres, par des faits tous probants et pertinents. J'apprends ainsi qu'il y a en biologie des tas de certitudes. Allons, tant mieux ! Mais hélas ! Cette foi de M. Bonne en la biologie ne serait-elle pas zèle de néophyte. J'en connais des biologistes, de bien authentiques, de ceux qui ont été

consacrés ; ils m'ont tous dit : « Si ce n'est que des motifs de doute que vous venez demander à la biologie, oh ! elle vous en fournira ! » Mais trêve aux digressions ; il est temps que je me défende.

§ 1. — A PROPOS DE L'INDÉPENDANCE FONCTIONNELLE DES DEUX CERVEAUX.

Prétendre, dit M. Bonne en substance, que l'Homme est formé de deux parties distinctes, gardant dans leur conjugaison leur individualité, c'est *a fortiori* admettre l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux. Or cette théorie, qui fut soutenue par Dumontpalier, Magnan, Bérillon, Myers, etc., est fausse, et a été démontrée telle. Donc le Duplicisme, qui la contient nécessairement comme le plus contient le moins, est lui-même une fausseté.

Sur quoi, pour justifier son assertion sur l'inanité de la théorie de Dumontpalier et de ses amis. M. Bonne, toujours érudit, commence par un intéressant historique et fait en particulier l'éloge mérité de la thèse de Bérillon. L'historique continue pendant trois pages et demie de petit texte. Vient enfin la réfutation : elle continue dans cette ligne : « Cette théorie, et celles qui s'y rattachent (attribution de chaque personnalité ou état de conscience à l'un des hémisphères, etc., ont été facilement réduites à néant par P. Janet (1894, page 415 à 419).

Réduite à néant ! Rien que ça ! Et le monstre de M. Bonne qui ne daignait même pas m'indiquer par quels arguments souverains la théorie de l'Indépendance fonctionnelle des deux cerveaux et par suite mon duplicisme, étaient *anéantis* !

Je courus à la Bibliothèque et demandai : P. Janet, 1894, page 415. — Le bibliothécaire ne trouva pas. Un millésime pour toute indication, dans l'œuvre volumineuse de P. Janet, c'était un renseignement plutôt insuffisant. Je m'enhardis alors jusqu'à écrire à l'illustre savant dont M. Bonne invoquait l'autorité et le priai de vouloir bien me faire connaître dans quel de ses livres se trouvaient les pages où il avait réduit à néant la théorie de l'indépendance fonctionnelle des deux cerveaux. Je lui avouais ne connaître de lui sur ce sujet que deux ou trois passages de son *Automatisme psychique*, dont un, que j'indiquais de mémoire, m'avait particulièrement frappé. La lettre mise à la poste, et en attendant la réponse, je n'eus d'autre ressource que de retrouver et de relire ces passages de l'Automatisme psychologique, dont le plus significatif disait : « Je suis très disposé à *expliquer de la même manière*, à considérer comme de simples hallucinations avec point de repère, les phénomènes intéressants qui ont été signalés par plusieurs auteurs comme Dumontpalier, Magnan, Bérillon, etc. Ces auteurs tirent de ces faits des conclusions qui me paraissent bien graves

sur l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères. *Sans préjuger de la théorie en elle-même.* je crois qu'il faut renoncer à employer ce fait particulier comme moyen de démonstration »... M. Bonne est-ce là la page décisive où P. Janet réduisait à néant ? Eh ! mais il déclarait au contraire ne vouloir préjuger en rien de la théorie. Assurément, il devait y avoir un autre texte. Comment admettre que M. Bonne, si affirmatif, si précis, si tranchant, avait rêvé ? M. Janet allait lui-même trancher la question : Voici ce que ce savant me faisait l'honneur de m'écrire le 7 mai :

« Je n'ai pas présents à la mémoire les passages où je discute les théories de Dumontpalier et de Bérillon sur le fonctionnement indépendant des deux hémisphères. Je crois en avoir parlé dans divers endroits de mes livres. Vous faites sans doute allusion à un passage de l' « *Automatisme psychologique* », page 153, où je montre que ces expériences de prétendu dédoublement sont simplement des suggestions à point de repère....., je ne crois pas que l'on possède aujourd'hui un fait psychologique bien établi, qui puisse être nettement rattaché à la dualité anatomique des cerveaux. En tous les cas les expériences de suggestion à ce propos sont nettement insignifiantes ».

En vérité que nous apprend cette lettre ? — Rien que nous ne sussions déjà: les arguments de Dumontpalier et de ses amis n'ont pas convaincu M. Janet, et n'ont pas réussi à lui faire abandonner son hypothèse à lui, son explication par le *point de repère*, pour lui faire adopter l'explication du fonctionnement indépendant. Sans doute il n'est pas sans importance qu'en face de Dumontpalier, de Magnan, de Bérillon, de Myers, se dresse le sentiment contraire de P. Janet. Mais ce n'est pas à un « avis contraire » que M. Bonne se référait. C'était à une *démonstration* qui d'après lui avait *réduit à néant*. Cette démonstration, nous savons maintenant qu'elle n'a jamais été faite. Aujourd'hui comme hier, M. P. Janet n'attache pas de signification aux hallucinations unilatérales qui paraissent au contraire très significatives à d'autres. Aujourd'hui comme hier, M. Janet estime « qu'il n'existe pas un seul fait bien *établi* qui puisse être *nettement* rattaché à la dualité anatomique du cerveau ». Mais aujourd'hui comme hier, M. Janet ajoute « *En tous les cas* ». Aujourd'hui comme hier. M. Janet paraît bien comme à l'époque où il écrivait l' « *Automatisme psychologique* », refuser de s'engager à fond. Sa réserve subsiste : « Sans préjuger de la théorie en elle-même ».

Il appert donc très nettement de ce qui précède que la question de l'indépendance fonctionnelle des deux cerveaux reste pendante; qu'aucune démonstration ne l'a réduite à néant. Cette théorie est aujourd'hui aussi vivante que jamais : M. Bonne qui dans son premier article la déclarait abandonnée, cite lui-même les adhésions, toutes récentes et très formelles, de Bleurlet et d'Abraham.

§. 2. — CONNEXIONS NERVEUSES ET ENTRECROISEMENTS.

Le Duplicisme suppose l'indépendance fonctionnelle en même temps que l'activité coordonnée des deux cerveaux. Mais il va plus loin que cela : il admet l'indépendance fonctionnelle sous obligation de coordination des deux moitiés latérales de l'être, c'est-à-dire des deux co-êtres....., à quoi M. Bonne réplique triomphalement : Votre théorie « ne tient pas compte des connexions bilatérales motrices et sensitivo-sensorielles de chaque moitié du système nerveux. Elle serait incapable d'expliquer les entrecroisements partiels ou totaux des voies de conduction, et les variétés que présentent les entrecroisements dans la série des vertébrés ».

Mais vraiment M. Bonne me comble ; et je ne saurais trop ler emercier du soin avec lequel il me prépare mes arguments. Eh oui ! eh oui ! Entre les deux moitiés du système nerveux, les deux moitiés latérales, il faut des connexions, précisément parce qu'elles sont *distinctes*. Si elles étaient, si elles constituaient un bloc *un*, un tout unique, il n'y aurait pas besoin de connexions nerveuses, Ces connexions sont, sous la direction des cerveaux, des organes de coordination comme les entrecroisements sont des garanties contre l'incoordination. Elles assurent manifestement entre la moitié droite et la moitié gauche l'échange des impressions et sensations. Mais pour qu'il y ait lieu à cet échange, il faut logiquement que les deux parties soient distinctes. Grâce à ces connexions nerveuses la gauche *cause* avec la droite et réciproquement. Mais c'est alors que ces mots *gauche* ou *droite* signifient bien plus qu'une situation topographique : ce sont deux activités distinctes psychiquement, deux co-êtres. C'est notre duplicisme, M.Bonne, non votre unicisme, qu'expliquent au contraire connexions nerveuses et entrecroisements.

Dans la critique aussi touffue que longue que M. Bonne consacre au Duplicisme, je m'efforce de dégager les objections importantes. Je rencontre maintenant celle qui est incontestablement la plus sérieuse, la plus capable d'impressionner contre notre théorie. M. Bonne conteste formellement la duplicité organique.

§ 3. — DUPLICITÉ ORGANIQUE.

Voilà bien une question de grande importance et propre à intéresser même en dehors de toute préoccupation de duplicisme. Mais étudiée en particulier au point de vue de notre thèse, en quels termes précis se posera-t-elle ? Sera-ce dans les phénomènes de la primitive formation des organes qu'il faudra reconnaître la duplicité, ou suffira-t-il de la constater, comme état secondaire, chez l'être pleinement formé ?

J'ai fait confidence au lecteur que c'est pour éclairer le problème

de la liberté humaine que je me suis enquis de l'unité physiologique. A ce point de vue il suffit de constater que la liberté a été rendue possible, par un dualisme physiologique, quand l'homme a besoin de cette liberté. Que dans le sein de ma mère où je n'avais que faire de liberté ou de morale, j'aie été simple ou double, je puis le tenir pour indifférent. Or, chez l'homme,pleinement formé, la dualité anatomique du cerveau. la disposition paire des sens, des membres, des ovaires, ou testicules et de nombre d'autres organes (malgré certaines exceptions que des circonstances *expédientes*, des conditions de convenance biologique *communes aux deux co-êtres* justifieraient), suffiraient à établir la thèse de la dualité organique,tandis que l'existence des connexions nerveuses et des entrecroisements témoignerait de la conjugaison d'existence imposée aux deux co-êtres et organisée en chacun d'eux.

Toutefois la curiosité scientifique reste éveillée sur le problème des origines ; et j'ajoute que sa solution n'est indifférente ni au psychologue ni au sociologiste. Si la dualité est originelle, on concevra mieux la diversité d'aptitudes entre les deux co-êtres, l'amplitude des incertitudes de l'âme, l'âpreté des combats intérieurs, et aussi l'intensité des réactions réciproques des co-êtres l'un sur l'autre ou du Milieu sur chacun d'eux, et du même coup, les lois de l'éducation de l'être complet.

Eh bien, ne vaut-il pas mieux poser le problème dans toute son ampleur ? Si oui, voici ce que je crois : je crois jusqu'à plus ample informé — que l'homme (et avec lui les Artiozoaires) est double :

Quatre catégories de faits s'observent dans la formation des organes, les unes *paraissent* provenir d'une ébauche simple et devenir doubles par phénomène de formation secondaire;d'autres, doubles à l'origine, soudent leurs parties et se transforment en organes simples. Beaucoup d'autres naissent et restent doubles. Un au moins, la rate, paraît naître et rester simple.

Rappelons au lecteur maintenant la définition dupliste : « l'Homme est composé de deux co-êtres soumis à une existence conjuguée » et demandons-nous en quoi chacune de ces quatre catégories de faits l'infirment ou la confirment.

Le Duplicisme peut énumérer en sa faveur les organes très nombreux qui naissent doubles et le restent. Il n'est nullement gêné non plus par les phénomènes d'évolution qui transforment en un organe unique deux organes d'abord doubles,comme le pancréas ou le cœur. Il est tout naturel que deux êtres s'accolant pour vivre en une existence conjuguée et se développant en un contact réciproque,forment entr'eux les dispositions les plus convenables à l'existence conjuguée qui les attend. Ces phénomènes de formation secondaire sont dus à de pures convenances biologiques. Ils ne s'expliqueraient pas si l'Homme était un et homogène

et si son développement était de même ordre que celui d'un cristal ou d'une macle. Tout serait régulier comme il advient dans une cristallisation non troublée ; et sauf les accidents, on ne constaterait ni déviation, ni inégalité, ni atrophie.

Par contre, la théorie dupliste intégrale, celle qui voit dans l'Homme l'union de deux individualités *originellement* différentes semble contredite par la présence d'organes dont l'ébauche primitive est indiquée par les embryologistes comme ayant été simple, et plus encore par ceux qui naissent simples et le restent.

Au seuil de cette discussion faisons d'abord deux observations. A la première le lecteur n'attachera que l'importance qui lui plaira; mais nous le prions surtout de garder la seconde en sa mémoire. La première observation, c'est que si l'on faisait l'énumération des organes humains, la liste de ceux qui naissent doubles serait beaucoup plus longue que celle de ceux qui paraissent naître simples. La règle serait avec les premiers ; les autres seraient l'exception. La seconde et plus importante observation est que tous les organes qui paraissent naître d'une ébauche simple sont *placés sur la ligne médiane*, Il n'y a pas un seul organe *non médican* simple ; et je dis dès maintenant que si M. Bonne en découvre un seul, qui soit en même temps nettement simple et nettement latéral, je passe condamnation au Duplicisme.

Ceci dit, je vais m'occuper de quelques organes que M. Bonne considère à tort comme nés simples. Parmi eux, et particulièrement cité par lui se trouve le canal *thoracique*. Vraiment le choix de M. Bonne n'est pas heureux

Canal thoracique. — Cet organe est manifestement double chez les oiseaux (poulet) ; et si, chez l'Homme, on ne parle que d'un seul canal thoracique cela tient à une simple habitude de langage. Deux organes formant paire existent dont l'un, celui de gauche a reçu le nom de canal thoracique, dont l'autre, à droite, a été appelé grande veine lymphatique. Celle-ci se comporte, au niveau de son abouchement dans le système veineux, exactement de la même façon que le canal gauche. Assurément le territoire de la grande veine lymphatique est moins étendu que celui du canal thoracique; mais comme les renseignements concernant les premiers développements du système lymphatique chez les Mammifères nous font absolument défaut, nous ignorons si ces différences ne proviennent pas de modifications secondaires, comme on en observe au cours du développement des veines caves supérieures par exemple.

Poumons. —J'avais dit du poumon, ce que tout le monde sait, qu'il constitue un organe double chez l'adulte. Je répète à cette occasion que d'ailleurs la constatation du duplicisme chez l'adulte, que ce duplicisme soit une conséquence de formations se-

condaires ou un phénomène d'origine primitive, suffit pour que l'instinct qui nous impose à tous la foi en la liberté cesse d'être antinomique à la logique. Mais M. Bonne tient à signaler l'unicité primitive du poumon, et en cela nous croyons qu'il a tort.

Les deux bourgeons pairs et bilatéraux qui se développent ultérieurement en poumons gauche et droit procèdent bien, il est vrai, du tube respiratoire. Mais ce tube respiratoire n'est qu'un prolongement du tube digestif, et se forme comme celui-ci. Or nous expliquerons tout à l'heure comment la formation de ce tube digestif est en réalité double. Nous l'aurons du même coup démontré pour le tube respiratoire et par suite pour les poumons.

Nous signalerons en outre, en passant, l'opinion toute récente (1903) de MM. Weber et Duvigneux, d'après laquelle « les poumons sont dus à une réapparition d'une paire de poches branchiales ancestrales ». Si cette opinion est fondée, la question serait dès lors vidée dans le sens de la dualité originelle.

Mais me voici en péril d'hérésie : la simplicité des organes médians n'est qu'*une apparence*, et la réalité est la duplicité.

Je vois M. Bonne s'indigner d'une telle et si audacieuse proposition, et je lis le nom des nombreux organes dont il affirme en son étude la simplicité originelle. Eh bien ! je commence par le plus important d'entr'eux, par le *tube nerveux.*

Tube nerveux, névraxe. — M. Bonne a consacré plusieurs pages à défendre l'unité organique et systématique du névraxe. Voici une page du professeur Prenant, de Nancy, qui lui démolit joliment toute sa thèse. Je me borne à la reproduire.

« Bien que le tube nerveux, passe habituellement pour une formation impaire, on doit le considérer comme présentant typiquement une constitution bilatérale. Cela résulte de trois faits principaux d'ordre différent. En premier lieu, ainsi que l'anatomie embryonnaire vient de nous l'apprendre, la forme du tube nerveux définitivement constituée est manifestement bilatérale, à cause de l'importance de ses parties latérales (parois latérales), et de la réduction de ses portions axiles et juxta-axiles (paroi dorsale et ventrale). Ensuite l'étude de la genèse du tube nerveux nous montre que l'épaississement ectodermique nerveux, la plaque médullaire qui doit s'incurver en gouttière,puis se reployer en un tube, est une formation plus ou moins nettement paire, et dans quelques cas. — amphibiens, par exemple —, jusqu'à l'évidence. Enfin la constitution paire et bilatérale du tube médullaire est un des résultats fournis par la tératologie de cet organe. Elle ressort en effet de la constatation faite par O. Hertwig sur des larves monstrueuses d'amphibiens de la disjonction du système nerveux central en deux moitiés parallèles ».

« On est alors tenté de rapprocher cette conformation bilaté-

rale primitive qu'offre l'axe nerveux des vertébrés de celle qui caractérise le système nerveux central ou chaine ganglionnaire des Annélides ». (Eléments d'Embryologie, tom. II, page 316, — 1896).

En attendant que M. Bonne renverse les arguments d'un embryologiste dont il ne contestera d'ailleurs pas l'autorité, je tiens le système nerveux central, le névraxe, pour primitivement double, et je passe à la corde dorsale.

Corde dorsale. — Est-elle double ? — Non, répond M. Bonne, elle est primitivement simple ; et il estime que pour conclure à la duplicité originelle j'ai dû mal interpréter les expériences de Chabry. Je ne puis mieux faire que de placer sous les yeux du lecteur le texte même de l'expérimentateur. M. Bonne le retrouvera dans la thèse de Chabry, page 134 et 135, Paris 1887.

« En ce qui concerne l'*Ascidia aspersa,* j'ai reconnu avec sûreté que chacune des moitiés de l'œuf (pris au stade II) contenait en puissance une corde dorsale. L'anatomie comparée, comme je l'ai fait voir, témoignait déjà de la duplicité primitive de cet organe puisque la corde de l'*Ascidia canina* et celle du Bothryllis sont formées de deux rangées de cellules. La tératologie parlait dans le même sens par suite de l'existence de larves à double queue, c'est-à-dire de notocordes bifioles. L'embryologie normale donnait encore la même indication en montrant que le rudiment de la corde est formé de deux rangs de cellules, alors même que cet organe n'en forme plus tard qu'une seule ; et avec ce surcroît de preuves on peut dire qu'il n'était pas besoin de la tératologie expérimentale pour faire accepter la duplicité typique de la notocorde. La tératologie nous donne une connaissance bien plus déterminée et précise, car elle montre que la corde est double, non pas *virtuellement* chez un être de raison qui s'appelle genre ou Famille, mais double réellement dans tout œuf, et que chacune des cellules du stade II contient en puissance l'une des moitiés de cet organe. »

A ce texte de Chabry, si catégorique et si net, il convient d'ajouter que, chez les Reptiles et chez les Oiseaux, la corde dorsale est *manifestement double* au niveau du canal neuranténique qui fait communiquer, comme on sait, l'extrémité inférieure du tube médullaire avec la gouttière intestinale. La duplicité de la corde dorsale chez les oiseaux est reconnue par tous les auteurs.

Les organes médians en général. — Au point où nous en sommes et à la clarté des observations faites par Prenant et par Chabry, n'avons-nous pas le droit de douter véhémentement de l'unicité primitive de tout organe médian quelque apparente que soit cette unicité? Ne croyait-on pas avant Chabry la corde dorsale une d'origine ; et de même, aujourd'hui encore, malgré la démonstration de

Prenant, n'accepte-t-on pas couramment que le névraxe naît d'une ébauche simple ! Nous verrons tout à l'heure ce qu'il faut penser également du tube digestif.

Observons du moins dès ce moment que M. Bonne, et avec lui tous ceux qui parlent d'unicité primitive, font une confusion fâcheuse, entre l'unité *physiologique* d'un organe, et son unité *anatomique*. Il n'y a qu'une corde dorsale dans l'Ascidie de Chabry. Si l'observateur la tient pour double, c'est qu'il la découvre anatomiquement formée de deux rangées de cellules, chacune de ces deux rangées étant provenue d'une des moitiés de l'œuf : « Chacune des cellules du stade II contient, dit-il, l'une des moitiés de cet organe ». Ainsi est-ce précisé : en sa réalité physiologique la corde dorsale est simple ; et on peut dire qu'il n'y en a qu'une ; mais cette corde est anatomiquement constituée d'éléments cellulaires accolés en deux rangées, et dont les uns lui sont venus de la moitié droite de l'œuf, les autres de la moitié gauche. Au point de vue de la théorie dupliste c'est là que git l'essentiel ; c'est par là que se manifeste l'individualité de chacun des blastomères primitifs. Quand d'un organe médian vous me dites, M. Bonne, qu'il provient d'une ébauche simple, j'ai donc le droit de dire que cela ne me suffit pas. Dites-moi encore, et prouvez-moi, qu'il est né d'une cellule unique ; car si je le puis croire constitué primitivement par deux cellules dont l'une sera née dans la partie droite de l'œuf, l'autre dans la partie gauche, comme Chabry l'a vu pour la corde dorsale de l'Ascidie, j'y verrai un organe double né de la croissance simultanée, parallèle et harmonique des deux coêtres.

En science naturelle on raisonne de ce que l'on sait à ce que l'on ne sait pas. Cette méthode expose à des erreurs ; mais encore est-ce la seule possible. De ce que la corde dorsale a apparu à Chabry se constituer par un apport cellulaire bilatéral, je n'ai pas le droit d'affirmer que tous les organes médians se constituent de même ; mais j'ai celui, raisonnant par analogie, de le supposer. Ce n'est pas certain ; mais c'est plausible ; et de cette plausibilité j'ai bien le droit de tirer argument en attendant preuve contraire.

Quand donc vous me parlerez d'un organe médian, ne me dites pas seulement : cet organe est né d'une ébauche simple ; mais ajoutez encore, avec preuve à l'appui, que les cellules qui ont formé cette ébauche lui sont toutes venues d'un seul et même côté de l'œuf, d'un seul des blastomères primitifs. Or cette preuve vous ne la rapporterez pas. Déjà, dès avant Chabry, il était tout naturel de penser qu'un organe médian se formait aux dépens des deux côtés de l'œuf. C'était une présomption logique, mais il est vrai, ce n'était qu'une présomption. Aujourd'hui une telle opinion n'est pas seulement plausible en elle-même : elle s'autorise d'un fait constaté ; elle se laisse induire par analogie, d'autant plus

qu'en sens contraire il n'existe aucune sorte d'observation. Concluons donc qu'en l'état actuel de la science il y a lieu de croire que tous les organes médians, même ceux nés d'une ébauche simple, *sont nés d'éléments cellulaires bilatéraux et sont ainsi formés d'une manière conforme à la doctrine dupliste.*

Tube digestif. — Après ce qui précède, je pourrais cesser de parler des organes médians : la question qui les concerne se trouve tranchée par une formule générale, commune à tous. Toutefois M. Bonne paraissant attacher une particulière importance aux organes nés du tube digestif, nous ne croyons pas devoir nous refuser à l'étudier sommairement. Si dans le « Duplicisme humain » je passais condamnation à son unicité, c'est que je l'observais seulement dans l'être pleinement formé ; et j'expliquais cette inicité *secondaire*, d'une façon qui a pu paraître simpliste à M. Bonne qui est lui, toujours savant, mais en laquelle je persévère malgré sa critique : Il est tout naturel qu'il n'y ait pour les deux co-êtres qu'un seul tube digestif. Pourquoi en effet y en aurait-il deux ? Le tube digestif n'est en ses fins, qu'une route ou un égout. Or une route dessert en même temps ses deux rives, et de même un égout. Topographiquement d'ailleurs qu'est-ce que le tube digestif, si ce n'est un vide. Or un vide n'est ni simple, ni double. Au contraire, les organes glandulaires placés dans l'épaisseur des parois du tube sont pairs et distribués également entre les deux moitiés latérales, les deux co-êtres.

Mais, puisque M. Bonne y paraît tenir, étudions le tube digestif en ses origines. Nous savons déjà que lorsque mon critique le déclare formé par une ébauche médiane simple, il n'a avancé qu'un fait sans signification réelle. En sus nous est avis qu'il s'est trompé. Nous croyons que le tube digestif est originellement double :

Le tube digestif est, comme chacun sait, un organe impair et médian avant les torsions et déplacements qu'il subit.

La partie essentielle, fondamentale du tube digestif est évidemment représentée par son épithélium dérivé de l'endoderme, véritable membrane d'absorption. A l'origine, à l'époque de la tache embryonnaire, le feuillet endodermique s'étale symétriquement à droite et à gauche de la ligne médiane ; et ses deux moitiés latérales, pendant le développement du tronc, sont séparées l'une de l'autre, sur la ligne médiane, par la plaque cordale. Ce n'est qu'ultérieurement, lors de la constitution de la corde dorsale, que les deux moitiés se rejoignent et s'accolent le long de la ligne médiane. On peut donc être autorisé à considérer l'épithélium intestinal comme formé de deux parties distinctes, l'une droite, l'autre gauche.

Or ce qui précède n'est pas spécial à cette partie du tube qui

formera chez l'adulte l'appareil proprement digestif. La même explication vaut pour les prolongements supérieurs du tube digestif, c'est-à-dire pour le tube respiratoire et pour ses prolongements inférieurs, allantoïde, vessie, etc. On voit combien est étendu le territoire physiologique que cette explication intéresse.

Colonne vertébrale. — Nous ne dirions rien de la colonne vertébrale dont M. Bonne ne conteste pas la duplicité primitive, si, à propos de l'explication trop simple à son gré, que nous avons donnée dans le « Duplicisme humain » de sa formation secondaire en organe simple, il ne s'était complu à critique. Nous répétons que nous nous en tenions à signaler, comme pour le tube digestif, les raisons de convenance biologique, qui, chez l'être pleinement formé, en avaient fait un organe simple. Disons donc en passant qu'en sa formation protovertébrale la colonne vertébrale est essentiellement double ; et de même en est-il pour le crâne. M. Bonne ne le contestera certainement pas.

Organes génitaux. — M. Bonne me fait grief de n'avoir point parlé de l'utérus et du vagin, comme si ces organes prouvaient en quoi que ce soit contre le Duplicisme. Il ne nous gêne aucunement de rechercher au contraire, sommairement, ce que sont, au point de vue qui nous occupe, les organes génitaux.

Constatons d'abord la parité, dès l'origine, des organes génitaux internes : ovaires ou testicules. Tout aussi certaine est celle des organes connexes à ces glandes génitales, le canal de Wolf ou le conduit de Muller. Aux dépens du canal de Wolf vont se former dans la suite, le canal de l'épidydime, le canal déférent et le canal éjaculateur avec les vésicules séminales ; de même qu'aux dépens du conduit de Muller se formeront les oviductes, l'utérus et le vagin. Il n'est pas douteux que tous ces organes sont doubles à l'origine, utérus et vagin compris. Pour ces deux derniers, la dualité ne persiste pas dans la femme ; mais on la constate néanmoins dans les cas anormaux fréquents. Enfin à cette liste des organes manifestement doubles à l'origine il faut joindre les bourrelets génitaux qui chez la femme donneront naissance aux grandes lèvres et aux bourses chez l'homme.

Que reste-t-il à mentionner? Le canal de l'urèthre, organe assurément plus urinaire que génital, et annexe véritable du tube digestif, médian d'ailleurs. Chez la femme, il est tout entier formé aux dépens du sinus uro-génital (portion antérieure du cloaque) ; chez l'homme son segment profond a la même origine, tandis que c'est la gouttière creusée à la face inférieure du tubercule génital, qui fait les frais du second segment, du segment antérieur. Fleischmann et d'autres auteurs, considèrent la gouttière de la face inférieure du canal génital comme dérivée de l'épithélium cloacal. C'est donc à cet épithélium cloacal, prolongement de ce

tube digestif dont nous connaissons déjà la formation originellement double, que nous en revenons ; c'est à lui qu'il faut demander le point de départ de la formation de l'urèthre, organe d'ailleurs médian.

Le système des organes génitaux est donc double et double dès l'origine tout entier.

Autres organes, rate. — Je suis partagé entre la crainte d'abuser du lecteur et celle de paraître esquiver un argument de M. Bonne. C'est ainsi que mon critique paraît m'incriminer à propos du *thymus* que je signalais comme originellement double. Mais c'est M. Bonne qui commet l'erreur. Les travaux de Tourneux, Verdun, Weber, Soulié, etc., ne permettant pas de douter de la duplicité originelle du thymus. C'est ensuite à propos de la *langue* et aussi de la *glande thyroïde* que M. Bonne me prend à partie. M. Bonne a encore tort : j'ai dit de ces organes qu'ils sont doubles ; mais je n'ai pas dit qu'ils le fussent à l'origine, car pour ma thèse, telle que je la présentais, pour étayer ce que j'appelle la preuve morphologique, j'avais simplement besoin de démontrer que les deux co-êtres dans l'homme pleinement formé constituent des êtres morphologiquement distincts. Mais puisque M. Bonne souhaite qu'on parle des origines de la langue et de la glande thyroïde, donnons-lui satisfaction : l'un et l'autre de ces organes naît d'une ébauche *médiane* d'apparence simple.Puis se forment des parties latérales qui prennent un développement graduel tandis que disparaît assez rapidement l'ébauche primitive.Si l'on veut notre réponse qu'on relise ce que nous avons dit plus haut de la corde dorsale et des organes médians.

Voici enfin la *rate* ; et c'est certainement par l'exemple de cet organe que M. Bonne peut le mieux étayer son objection à la thèse de la duplicité originelle des organes : la rate n'est-elle pas un organe impair et *latéral* dont la seule existence va ruiner le Duplicisme ? Eh bien non, l'exemple de la rate laisse le Duplicisme debout. En effet la rate se développe dans le repli gastro-colique, repli qui représente le mésogastre postérieur, c'est-à-dire la cloison conjonctive *médiane* qui unissait primitivement l'estomac à la paroi postérieure du tronc. La rate a donc été *conçue*, — que M. Bonne excuse cette image, — sur la ligne médiane. C'est là qu'a commencé sa formation qui dès lors a, à l'origine, été celle de tous les organes médians. Qu'un phénomène secondaire l'ait ensuite rejetée par côté, comme il est advenu du cœur et du foie, cette latéralité secondaire n'infirme en rien les caractères de la médianité originelle ni ses conséquences.

§ 4. — DIFFÉRENCIATION DES DEUX CO-ÊTRES PAR LES APTITUDES.

A la preuve morphologique, c'est-à-dire au témoignage des yeux

qui voient sur le marbre de l'Amphithéâtre deux cerveaux, deux poumons, etc., j'avais, très en passant, ébauché un autre argument, celui de la différenciation suivant aptitudes des deux parties latérales. Mais M. Bonne qui ne laisse rien passer, m'incrimine encore à ce sujet. Voici la phrase que M. Bonne me reproche : « L'individu auquel appartient le cerveau gauche est probablement plus intellectuel ». L'idée que présente cette phrase est banale ; et M. Bonne n'ignore pas qu'on la rencontre en vingt auteurs. Mon critique aurait dû remarquer en outre toute la réserve que comportait l'expression : *probablement*. Mais qu'ai-je besoin de m'émouvoir lorsque M. Bonne lui-même, citant Van Biervliet, constate que le côté droit du corps, celui qui est régi par le cerveau gauche, est 1° musculairement plus fort et il ajoute quatre lignes plus bas — surtout mieux excercé —, ce qui implique une plus grande activité dans la direction cérébrale ; 2° que le langage siège dans le cerveau gauche.

Mais au surplus, que signifie cette querelle relative au plus ou moins d'intellectualité du cerveau gauche relativement au Duplicisme ? Ce qui importe c'est de constater qu'entre les deux parties du corps, chacune commandée par son cerveau, il existe des aptitudes différentes. M. Bonne les énumère lui-même : différence au moins de degré, dans les formes de l'activité qui exigent une dépense musculaire ; 2° Différence de sensibilité ; 3° Spécialité fonctionnelle en ce qui concerne le langage. Si l'on rapproche de ces différences d'aptitudes, celles que révèle l'anatomie, c'est-à-dire la différence de poids entre le système nerveux dépendant d'un hémisphère et celui dépendant de l'autre hémisphère, la position différente de chaque cerveau par rapport à l'axe, enfin, les différences dans le relief topographique de la superficie de l'écorce cérébrale suivant les hémisphères, on reste frappé de la non-identité des deux moitiés du corps, de leurs caractères particuliers et distincts en contradiction avec l'idée d'une unité essentielle et originelle. Par une étrange contradiction c'est au Duplicisme que M. Bonne fait grief de ne pas expliquer « la persistance d'aptitudes et tendances différentes chez les co-êtres, persistance en contradiction avec la communauté forcée du milieu intérieur du milieu extérieur le plus souvent, et de toute la vie affective ». Mais c'est contre le principe de l'unité d'origine et de l'unité d'essence que l'argument se retourne et se retourne lourdement.....Comment M. Bonne ne le voit-il pas? En effet, les aptitudes différentes des deux côtés du corps et des deux cerveaux sont plus ou moins nombreuses et considérables ; mais du moins elles existent puisque M. Bonne lui-même en reconnaît trois. Admettons le Duplicisme et avec lui la diversité d'origine et d'individualité, la différence d'aptitudes et de tendances entre co-êtres apparaît toute naturelle, et l'on conçoit qu'elle puisse résister à l'action uniformisante que pourrait

entraîner la conjugaison d'existence et la communauté du milieu extérieur, d'autant mieux que cette différence d'aptitude est profitable à l'être complet, comme dans l'industrie est profitable la différence d'aptitudes entre ouvriers. Mais si l'on admet l'unité essentielle et originelle quel moyen, je vous prie, de concevoir qu'entre les deux moitiés de cet être identique à lui-même en sa substance, en son essence,et en son origine,et dont le développement se poursuit dans un milieu identique, aient pu se créer des différences d'aptitudes ? Comment admettre que ces différences d'aptitudes auront pu aller jusqu'à s'accuser par des différences très visibles sur le relief topographique de l'organe psychique ? Avec la théorie dupliste tout apparaît au contraire logique, rationnel. Il y a donc là pour le Duplicisme un argument dont mon livre laissait à peine soupçonner l'existence, et que je ne précise que sous la pression de l'adversaire. Que M. Bonne soit remercié ?

§ 5. — Du plan de segmentation de l'œuf et du plan de développement de l'etre.

M. Bonne reconnaît bien que le premier plan de segmentation de l'œuf est méridien. « Il indique, d'après lui, le plan de la future symétrie bilatérale ». Mon critique me fait même l'honneur de reproduire cette phrase de mon livre : « Dès que l'œuf humain est né, sa masse va se diviser, *se séparer* en deux petites masses ovoïdes qu'on nomme blastomères. Dès ce moment, c'est-à-dire *ab initio*, le dualisme s'institue ».

Mais contre la dernière de mes deux phrases, le lecteur s'attend bien à ce que M. Bonne proteste : or voici en quels termes la protestation surgit : « Cette dualité qui n'aurait de valeur pour le Duplicisme que si elle était persistante, ne disparaît-elle pas bientôt pour une période souvent très longue ; car elle est sans rapport direct avec le mode de progression. » En plusieurs passages, M. Bonne revient sur cette idée que les cellules de l'embryon en formation vont s'enchevêtrant et se mêlant pendant tout le temps que l'œuf se développe quelque soit d'ailleurs le blastomère dont chacune d'elles est née.

Si M. Bonne a raison, la division blastomérique initiale perd toute signification, ce qui contrariera le Duplicisme ; mais elle perd en même temps toute raison d'être, ce qui contrarie l'esprit scientifique si habitué à voir que dans la nature il ne se fait rien sans but. Mais si au contraire il a tort ; si la division blastomérique initiale, méridienne se maintenait ; si elle persistait, M. Bonne reconnaît lui-même par avance, qu'il y aurait là pour le Duplicisme un argument de quelque valeur,

Eh bien, il est sur la formation de l'œuf une théorie qui a déjà quelque ancienneté, et qui est plutôt en progrès. Il suffit de dire

que dûe à Lereboullet, elle fut développée par His, acceptée par Rauber, Roux, O. Hertwig, Hatschak. Enseignée en Amérique par S. Minot, en Russie par Kowalewsky, elle paraît avoir en France les préférences de Prenant, Suivant cette théorie autour du blastopore de la gastrula qui vient de se former et dont les cellules semblent être encore disposées, par rapport au plan méridien, suivant qu'elles proviennent de l'un ou de l'autre des blastomères primitifs, autour disons-nous, de ce blastopore se trouve un « bourrelet germinatif ». C'est de ce bourrelet que naîtront successivement tous les organes, en commençant par le système nerveux. Ce bourrelet formant anneau autour du blastopore, de telle sorte que chaque moitié de cet anneau appartient à un côté différent de l'œuf et par conséquent à un blastomère primitif différent, se referme. juxtaposant ses deux moitiés. A la formation des organes qui naîtront de lui les deux côtés de l'anneau primitif participeront. Les organes seront donc de formation cellulaire double. Leur développement se poursuivant ainsi avec le concours des deux moitiés de l'œuf, se produira naturellement à égale distance des deux côtés, c'est-à-dire dans le sens méridien, sur la ligne médiane. Tous les organes, système nerveux compris seront donc doubles et médians cependant que leurs cellules se disposeront, pendant le cours du développement à droite ou à gauche de l'axe de l'œuf, suivant qu'elles seront nées de la moitié droite ou de la moitié gauche de l'anneau.

Donc si la théorie défendue par Lereboullet, His, Hertwig, Hestchak, Rauber, Roux, Minot, Kowalewsky et Prenant est exacte, non seulement la duplicité originelle de tous les organes est établie, mais encore il devient certain que chacun des deux côtés de notre corps appartient au même blastomère primitif et en procède,

Pas n'est besoin au surplus d'être partisan de la théorie de la concrescence pour identifier le plan médian de l'animal avec le premier plan, le plan méridien de la segmentation blastomérique primitive. Cette identification est si naturelle qu'elle s'impose à l'esprit, même à celui de M. Bonne qui nous apprend que cette première division méridienne entre les deux premiers blastomères « indique le plan de la future symétrie bilatérale ». Ou bien les mots n'ont aucun sens ou cela signifie que la segmentation blastomérique initiale est le point de départ, le premier acte de la symétrie bilatérale. Si M. Bonne avait dit formellement cela, si, le disant, il en avait tiré la conséquence logique et avait ajouté que ce premier plan de segmentation va régir tout le processus ultérieur du développement, dès lors bilatéral de l'être, M. Bonne n'eût rien avancé qui n'ait été constaté expérimentalement. Chabry le constate, (page 31) en ces termes : « Le premier plan de segmentation *devient le plan médian* de la larve, et constitue durant

toute la segmentation un plan de symétrie manifeste. Ce fait a été vu ou soupçonné par beaucoup d'observateurs ». Je prie le lecteur de remarquer que les mots soulignés le sont dans le texte même de Chabry. M. Bonne voudra bien remarquer en outre les trois mots : durant toute la segmentation.

Mais voici bien qu'avec Chabry M. Bonne va avoir fort à faire. Que je remercie donc mon critique de m'avoir fait étudier de plus près la thèse du jeune savant. Le lecteur jugera par le chapitre suivant de la valeur des arguments que ses étonnantes expériences fournissent au Duplicisme.

§ 6. — Expériences de Chabry. Hémi-individus artificiels.

M. Bonne aborde maintenant une autre face du sujet et s'attaque à un de mes arguments : « Sous le titre de *preuve tératologique expérimentale*, dit-il, l'Auteur rapporte les classiques expériences de Chabry sur les œufs d'Ascidie, piqûre d'un des deux blastomères, formation d'une larve monstrueuse ». Puis, il cite ma phrase : « Un seul blastomère fut tué, tandis que l'autre continuant à se développer, donne naissance à un demi-individu dans le sens longitudinal, c'est-à-dire à un des deux co-êtres simples dont la conjugaison constitue l'être double ». Sur quoi M. Bonne, très en humour sur mon ignorance, et après quelques variations fantaisistes à ce sujet, termine par cette phrase : « Est-il besoin d'ajouter que *jamais* en réalité, l'expérience de Chabry n'a abouti au résultat auquel l'Auteur fait allusion, et dont il tire les déductions qui se trouvent par conséquent radicalement fausses ».

En vérité ce démenti de M. Bonne m'a renversé : qu'il relise donc avec des yeux moins prévenus, l'observation de la page 143 de la thèse de Chabry, celle dont le titre est : Type 34 : Deux quarts d'individus droit; et il verra si la larve monstrueuse née dans l'œuf dont il avait piqué au stade IV, les deux blastomères gauches, — ce qui revient ainsi que l'observe Chabry, au même résultat que de tuer le blastomère gauche au stade II, — ne représentait pas réellement, dans la pensée de Chabry lui-même, un demi-individu complet. Le lecteur jugera lui-même, car je vais reproduire le texte complet de l'observation.

Mais supposons un instant qu'avec Chabry lui-même je me trompe plus ou moins dans l'interprétation ; le fait du moins reste très net sur un point, c'est qu'un des deux blastomères (stade II), ou deux, des quatre, mais du même côté (stade IV), ayant été tué, il est resté dans la ou les cellules vivantes, un *animal ascidie* susceptible de se développer en propre. Le résultat étant le même, quel que fut le côté que Chabry frappait de mort, il est évident que l'œuf contenait de chaque côté un individu susceptible de se dé-

velopper, un co-être. Donc un co-être existe dans chaque côté et deux dans l'œuf entier. Voilà l'essentiel.

S'il n'eut contenu *qu'un seul individu*, tué à droite, l'œuf était tué à gauche. Tout au plus pourrait-on admettre que les cellules non atteintes, auraient pu conserver une vie *cellulaire* et se développer plus ou moins en tant que cellules ; mais on ne concevrait pas qu'elles eussent pu donner naissance à un animal organisé.

Et maintenant voici les passages importants du texte : « Dans un œuf au stade II, l'un des blastomères vient d'être piqué... Le stade correspondant à IV a lieu normalement par la division frontale du blastomère vivant ». Chabry décrit ensuite l'évolution et le mouvement des cellules au stade VIII puis au stade XVI. Il termine ainsi : « Ce sujet devint une larve dont la queue avait la forme, la longueur et la structure habituelle. Les trois feuillets du blastoderme étaient distincts, et le système nerveux représenté par une tache pigmentaire..... Cette larve commençait à secréter sa tunique de cellulose lorsqu'elle mourut. »

Est-ce net ? Est-ce probant ? Oui, et d'autant plus que Chabry. dont la sincérité est indiscutée, ajoute : « Je possède six observations plus ou moins semblables à la précédente ». De deux d'entr'elles il donne d'ailleurs les figures.

Mais comment l'être monstrueux méritera-t-il d'être appelé ? Sera-t-il un demi-individu ou individu dimidié ou bien sera-t-il un individu complet ? Le mot complet est-il exact ? N'y aura-t-il pas quelque organe qui manque ? Chabry ne le dit pas. Toutefois il faut remarquer qu'il n'a décrit qu'une seule forme de dimidiation au stade II, celle où le blastomère gauche est tué. Il prévoit l'autre forme, celle qui, le blastomère droit étant tué, donnerait naissance à un dimidié gauche. Il pense que ce monstre aurait les mêmes organes que le précédent à l'exception toutefois de l'otothite. Cette hypothèse est de pur détail. Il reste constant que dans chacun des deux blatosmères il y avait deux êtres en puissance. Un seul se développe et devient *individu*. Si l'autre se fut également développé, c'est deux individus qu'il y aurait eu sous une seule peau. C'est un être double qui serait sorti de l'œuf.

De tout ceci, Chabry va nous faire d'ailleurs une démonstration nouvelle. Tout à l'heure il avait tué un blastomère dans un œuf au stade II, maintenant il va tuer deux blastomères dans un œuf au stade IV, c'est-à-dire celui où les deux blastomères primitifs se sont déjà segmentés dans le sens méridien. Tour à tour il tuera ou bien les deux cellules nées du blastomère primitif de droite, ou les deux nées du blastomère primitif de gauche. Voici en quels termes il décrit les monstres qu'il appelle : *deux quarts d'individu droit.*

« Ces monstres se rapprochent naturellement des demi-individus droits, dont ils ne diffèrent à l'origine qu'en ce que la moitié gau-

che du corps a été détruite au stade IV au lieu de l'avoir été au stade II. La figure 132 représente une jolie larve obtenue par cette mutilation. Malgré sa ressemblance frappante avec une larve ordinaire, *elle n'est pourtant que la moitié d'une larve*. La forme générale est assez bonne. Le tronc et la queue sont distincts. Le tronc présente à l'extrémité antérieure une papille de fixation et. du côté dorsal, une petite involution atriale. A la base de la queue et dans la concavité de son point d'attache, c'est-à-dire à l'endroit habituel, est une cellule pigmentaire superficielle représentant l'œil. Cet œil est un peu plus rapproché du flanc gauche, au contraire l'atrium est plus rapproché du droit. Si on considère que le flanc gauche d'un tel animal *correspond morphologiquement au plan médian d'une larve complète*, on voit que l'atrium droit est par rapport à la notocorde dans sa situation normale, c'est-à-dire en avant, en dehors et à droite ».

Voilà bien une larve qui est aux larves ordinaires ce que serait un individu humain n'ayant qu'un cerveau. un poumon, un bras, une jambe, un testicule, etc. Or cette larve dimidiée est née d'un des deux blastomères primitifs ; elle a vécu, s'est développée et a ainsi affirmé son individualité. La mort d'un blastomère dans l'œuf humain au stade II entraînerait certainement celle de l'autre blastomère, car à mesure que les organismes deviennent complexes ils deviennent plus fragiles et délicats. Mais comment à la clarté de l'expérience de Chabry qui précède, méconnaître que chaque blastomère du stade II apporte en soi un *individu*, un coêtre ?

Chabry opère ensuite sur les deux cellules du côté droit qu'il tue. Il obtient « un *demi-individu* gauche analogue aux précédents « dont ils sont, d'après la théorie, les symétriques ». Puis il opère sur de nouveaux œufs en tuant non plus les deux cellules du stade IV nés d'un même blastomère (?) initial des stades II, mais deux cellules de ce stade IV nées chacune d'un blastomère initial différent. Dès lors le résultat est tout autre. Les cellules respectées restent encore plus ou moins longtemps vivantes ; mais le résultat est « celui qui se produit, nous dit seulement Chabry, dans le cas de déviation des facettes de segmentation », un choas. C'est de la fructification cellulaire, mais nullement la formation d'une organisation déterminée, d'un être organisé.

A qui s'adressait donc votre « jamais », Monsieur Bonne? Ce n'est pas à moi,car je cite mon auteur : c'est à Chabry. Je ne pensais pas d'ailleurs que ce démenti fût possible, car M. Yves Delage ayant eu en main les épreuves de ce passage de mon livre où je relatais les expériences de Chabry, en avait implicitement constaté la réalité et aussi l'interprétation que j'en donnais, en inscrivant une annotation ainsi conçue : « Dans les expériences ultérieures, le résultat a été le plus souvent différent de celui de Chabry ». Le

plus souvent... On voit la différence : M. Delage dit : l'expérience ultérieure a échoué le plus souvent ; M. Bonne dit : l'expérience indiquée par Chabry n'a *jamais* réussi ni par lui ni par autre.— Eh bien, dussé-je blesser M. Bonne, je préfère croire M. Yves Delage. Il me suffit d'ailleurs, pour ma thèse, que l'expérience ait réussi *un seule fois* ; et c'est pourquoi M. Bonne dit : *Jamais.*

Le malheur pour M. Bonne c'est qu'il a un défaut dont il ne se dépouillera jamais, celui d'être loyal. Aussi tandis qu'il oppose aux expériences de Chabry celles très récentes de Van Maas, ne se défend-il pas de rapporter et d'analyser celles-ci. Or que nous apprend-il ? « Driesch (Van Maas, 1903, puis Campton, ont en effet surabondamment démontré que, chez les Ascidies, chaque blastomère séparé de son congénère donnait naissance, non pas à une demi-larve mais et toujours (que le lecteur remarque ici le mot « toujours » comme tout à l'heure, il remarquait le mot « jamais »), à une larve complète mais plus petite et dépourvue seulement de quelques organes secondaires dont l'absence n'est d'ailleurs pas constante, otolithe, tache oculaire, etc. ». Mais, M. Bonne, les larves de Maas ressemblent furieusement à celles de Chabry. Chez Chabry aussi les larves dimidiées tâchaient de se constituer, en individu aussi complet que possible, en individu voulant vivre et elles modifiaient en conséquence leur forme dans le sens de la larve normale : simple question d'adaptation ; mais elles ne pouvaient se fabriquer les organes qui leur manquaient. L'important en tout cas, c'est que Maas comme Chabry, et Campton comme Maas, nous apprennent que de *chaque* blastomère, sort *toujours* un individu. C'est donc qu'il y a un individu dans chaque blastomère ; c'est donc que l'œuf contient deux individus. Si je raisonne de l'Ascidie à l'Homme, je conclurai que l'œuf humain contenant deux individus, l'Homme est double. Que je vous remercie donc, Monsieur de m'avoir signalé ces expériences de Van Maas et de Campton !

J'ai peur, quelque topique que soit cette démonstration du duplicisme de l'œuf, qu'en l'esprit de quelques lecteurs il reste une équivoque. La question, en effet, n'est pas tranchée de savoir si les individus monstrueux obtenus dans les expériences dont nous parlons ont été des *demi-individus* comme les nomme Chabry ou des individus complets à quelques organes près, M. Bonne paraît y attacher de l'importance. Nous aussi, car nous allons y trouver une nouvelle manière de nous défendre contre la théorie mécanique qui ne voit dans la symétrie bilatérale qu'un phénomène de cristallisation.

Ecoutons Chabry nous contant le processus du développement de l'œuf : « La division du vitellus dure environ deux minutes ; et à l'instant précis où elle se termine, les deux globes vitellins, (les deux premiers blastomères) ont la forme d'ovoïdes simplement

juxtaposés, tangents par une petite facette. (C'est sous ce nom de facette que Chabry désigne les surfaces de contact entre cellules blastomériques). Ces ovoïdes ont souvent une extrémité plus grosse dirigée du côté où est apparu le sillon de segmentation..... Ces deux premiers globes vitellins demeurent à peine quelques instants à l'état tangent. Sitôt individualisés, ils se rapprochent à nouveau. et s'appliquent l'un contre l'autre en modifiant peu à peu leur contour. Comme Robin qui l'a découvert, je désigne cet important phénomène par le nom de *réaccollement* ».

A chaque stade de l'évolution de l'œuf, Chabry décrira des phénomènes analogues. Les cellules blastomériques iront tantôt se fuyant, tantôt s'accolant. tandis qu'en proie à un travail intérieur, s'étendant en sens variés ou se rétractant, elles varieront incessamment de volume et de forme. La cavité de segmentation qui au stade XVI naîtra dans l'intérieur de l'œuf, ne les séparera qu'imparfaitement et d'une distance incessamment variable. Jusque-là, ces cellules se seront heurtées, repoussées ou au contraire étreintes, et suivant le mot de Chabry, pétries. Comment en serait-il autrement. puisqu'il faut que dans le cadre de l'œuf, deux individus se développent par des *accolements* et des *réaccolements* successifs ? Le résultat sans nul doute ne sera obtenu qu'au prix d'ajustages. d'encoignements, et même de sacrifices qui iront jusqu'à l'avortement de certains organes chez l'individu de droite ou celui de gauche, organes qui, si les deux individus s'étaient développés sans contact, auraient subsisté. Il importe donc peu que, dans les expériences de Van Maas, on ait obtenu des larves monstrueuses dépassant plus ou moins la richesse en organes de purs demi-individus, c'est-à-dire de larves purement dimidiées. Il n'y a aucun argument à en tirer pour la thèse de M. Bonne.

Mais combien suggestive au contraire, et conforme à notre thèse que cette activité *séparée* et *rivale* des deux globes vitellins ; ce processus autonome des deux blastomères primitifs en leur développement poursuivi comme à travers une série de pugilats et d'étreintes ! Ce n'est plus seulement un dualisme ; c'est un duel. C'est bien un prélude à la vie ; c'est bien un phénomène biologique, et ce phénomène n'a rien de commun avec ce qui se passe dans une cristallisation. Les irrégularités, les déviations, les atrophies partielles qui ne peuvent, dans les cristallisations se produire qu'à la suite de trouble venu de l'extérieur, sont au contraire ici la règle et le résultat du processus normal et interne.

En résumé, plus affirmatif et précis que je ne l'étais dans mon livre, je puis dire, après la critique, et sur la foi de M. Bonne, que des expériences de Chabry et de celles qui ont suivi, il appert qu'en chaque œuf, il existe deux individus qui, au cours de leur développement contigu, auront, dans une série d'accollements et de réaccollements successifs, à s'ajuster et s'adapter, fût-ce au

prix de déviations et même d'atrophies d'organes, aux conditions de l'existence conjuguée qui les attend. *Quod erat demonstrandun.*

Conclusion

Je crois avoir répondu aux principales objections de M. le docteur Bonne. Je n'ai guère laissé sans réponse que celles relatives à la place que je supposais, — d'ailleurs avec des formules pleines de réserves et tout à fait dubitatives. — pouvoir être attribuée à un co-être humain dans la série phylogénique. J'ai pu me convaincre que dans l'état actuel de la science zoologique, aucune hypothèse n'est encore permise. Je retire donc purement et simplement ce que je n'avais avancé qu'à titre d'hypothèse. Le sort de cette hypothèse est d'ailleurs tout à fait indifférent à celui du Duplicisme qui reste tout entier avec toutes ses preuves et toutes ses conséquences, et qui reste fortifié par les précisions que M. Bonne m'a incité à apporter.

Les conséquences du Duplicisme, le lecteur les trouvera exposées dans mon livre. M. Bonne les raille ou s'en scandalise tour à tour. Mais quant aux preuves, je souhaite qu'au bout du présent travail le lecteur puisse les trouver résumées. C'est à quoi je consacre les dernières pages.

Preuve sociologique.

a) L'histoire et le spectacle des sociétés montrent que les hommes ont eu de tout temps et en tout pays le désir de la liberté tant dans leur vie publique qu'en leur privée. L'amour de la liberté est donc un instinct universel qui a rendu le despotisme toujours douloureux aux hommes.

b) L'homme ne peut vivre qu'en société ; mais la société ne peut exister sans un certain nombre de règles de conduite régissant les rapports des hommes entr'eux. Ces règles elles-mêmes sont vaines si elles ne sont pas sanctionnées ; mais l'application des sanctions suppose la responsabilité chez ceux qui les encourent, et cette responsabilité suppose elle-même quelque liberté ou libre arbitre. La liberté est donc un postulat nécessaire au fonctionnement de la nécessaire Société.

c) Tous les hommes, d'ailleurs, ont toujours cru, y compris ceux qui, se disant déterministes ou fatalistes, ou menés par l'ordre divin, même quand ils raisonnaient contre elle, à la liberté des autres hommes, puisqu'ils ont toujours tenu pour responsables donc libres, les auteurs du préjudice qui pouvait leur être causé. La croyance en la liberté est donc un sentiment invincible.

Eh bien ! cette liberté que l'Humanité poursuit par un instinct éternel, cette liberté, condition nécessaire de la nécessaire Société, cette liberté en qui tous les hommes ont toujours cru. cette liberté se heurte à un raisonnement de pure logique qui est irréfutable si

l'Homme ne peut au même instant être impulsé que par un motif. Il en est ainsi si, en tout son être, il est *un*, c'est-à-dire identique et homogène. Au contraire, ce raisonnement s'effondre si l'Homme est double, et si entre ses deux co-êtres impulsés parfois par des motifs différents, il faut, *à peine de mort de l'être entier*, qu'il s'établisse une formule de conciliation, une Raison. Le champ de l'option aura pour cette Raison toute l'étendue qui ira d'un motif à l'autre, étendre que pourront étendre ou restreindre les motifs nouveaux qui surgiront — souvenirs évoqués ou sensations nouvelles, — au cours de la délibération entre les deux co-êtres. Telle sera donc l'étendue de la Liberté.

C'est ainsi que le raisonnement sociologique conduit à la notion de l'homme double (1).

Preuves psychologiques.

1re *preuve.* — Tous les hommes ont eu l'occasion de dire : je délibère en moi-même. j'hésite, j'opte. Or pour délibérer il faut être deux ; pour opter il faut avoir à choisir entre deux motifs simultanés, circonstance inconciliable avec l'unité essentielle et absolue de l'homme. — L'hésitation. l'incertitude vont parfois jusqu'à l'angoisse ; le combat intérieur va jusqu'au supplice, Tous les romanciers ont fait dire à leurs personnages, et nous avons eu tous occasion de dire nous-mêmes : « Je sens deux hommes en moi ».

2e *preuve.* — Toutes nos facultés psychiques, sensibilité, volonté, jugement, imagination, etc.,sont à deux degrés.Les premières impressions qu'elles nous laissent sont plus ou moins obscures, confuses. Une deuxième opération dont l'attention est le point de départ, institue le contrôle sur ces impressions obscures, les illumine et les intensifie. Cette dualité d'opérations successives ne se concilie pas avec l'idée d'un être *un* dont l'activité ne peut être toujours logiquement qu'identique à elle-même. Elle s'éclaire à l'hypothèse de deux co-êtres percevant chacun des impressions puis pouvant les soumettre au contrôle de la Raison instituée par eux et entr'eux.

3e *preuve.* — Les sensations peuvent être subies inconsciemment, subconsciemment ou consciemment ; de même en est-il quand il s'agit des actes qui peuvent être purement automatiques, ou imparfaitement voulus ou délibérés. L'existence des cas phéno-

(1) Il est d'autres preuves fournies par la sociologie, preuve tirée de l'existence d'une solidarité morale entre les hommes, celle tirée du pouvoir et des conditions de l'éducation, celle de la permanence de certaines institutions sociales opposées à l'instabilité des autres. Mais *non est hic locus.*

mènes d'inconscience. de subconscience ou de conscience. admirablement analysés et décrits par P. Janet et autres auteurs, mais très insuffisamment expliqués. se conçoivent bien plus aisément dans la théorie dupliste qui permet de supposer tantôt l'activité isolée d'un co-être. tantôt l'interactivité des deux co-êtres sans contrôle de la Raison supérieure, tantôt et enfin la pleine conscience née de la mise en jeu de la Raison.

4e *preuve.* — Le Duplicisme rend compte de la distinction à faire entre la conscience simplement psychique et la conscience morale en qui se formule le Devoir ; elle explique le sentiment de la Liberté et correspond ainsi à des formes nécessaires de notre vie psychique.

Preuve psycho-pathique.

Complétant logiquement la théorie de l'indépendance fonctionnelle des deux cerveaux, le Duplicisme explique les hallucinations unilatérales de façon plus satisfaisante à notre avis que la théorie des points de repère de P. Janet. Elle explique les faits de dédoublement de la personnalité juqu'ici restés réellement inexpliqués. Elle favorise enfin les explications qui ont été tentées des phénomènes de suggestion, de spiritisme et du rêve.

Preuve biologique.

Le Duplicisme rend mieux compte, ainsi que l'a fait remarquer M. le professeur Abelous, des phénomènes d'hérédité tels que l'atavisme et les ressemblances successives.

Preuves anatomiques, physiologiques ou embryologiques.

1re *preuve.* — Cette preuve résulte du simple aspect de l'être arrivé à son développement. La symétrie bilatérale accompagnée de la dualité organique ne s'explique en effet ni par la polarisation qui n'est qu'une hypothèse gratuite, ni par la théorie de la cristallisation. Les phénomènes de cristallisation sont en effet mathématiquement réguliers, tandis que la symétrie des êtres vivants se subordonne à des convenances biologiques qu'accusent de fréquentes irrégularités telles que déviations, torsions, désaxations, atrophies, dédoublements ou soudures, différences de poids, de volume, variations superficielles ou entrecroisements.

2e *preuve.* — Les expériences de Chabry confirmées au témoignage de M. Bonne par celles de Van Maas et de Campton, expliquant cette dualité morphologique de l'être adulte. Elles démontrent en effet qu'en chacun des deux blastomères primitifs existe en germe un individu susceptible. dans les espèces animales d'organisation peu complexe, de se développer isolément. On ne peut donc concevoir l'œuf que comme le milieu dans lequel vont se dé-

velopper deux individus destinés à vivre, sous une même enveloppe cutanée, d'une vie conjuguée, c'est-à-dire deux co-êtres.

3e *preuve.* — La théorie du développement particulier de chaque blastomère ne heurte en rien les notions scientifiques actuellement *acquises* sur l'évolution de l'œuf. Elles sont au contraire en parfaite concordance avec ce qu'enseignent les savants partisans de la théorie de la Concrescence.

4e *preuve.* — En outre du développement autonome de chaque blastomère primitif. la théorie de la Concrescence aboutit à reconnaître à chaque organe une dualité originelle. une formation primitive double. Mais même ceux qui n'admettent pas la concrescence. sont obligés de reconnaître la duplicité originelle du plus grand nombre des organes, ceux qui sont latéraux puisque tous naissent d'ébauches paires ; et pour les autres, tous médians, ils ne peuvent tirer argument de ce que l'ébauche primitive paraît simple alors que anatomiquement cette ébauche a été formée de cellules fournies par l'un et l'autre côté de l'œuf s'accolant sur la ligne médiane.

5e *preuve.* — Le caractère d'individualité de chaque côté du corps est attesté par la différence d'aptitude qui existe manifestement entre chacun d'eux : différence de force musculaire, différence de sensibilité, localisation du langage dans l'hémisphère cérébral gauche. Ces différences d'aptitudes sont accompagnées d'autre part de différences anatomiques : de poids, de volume, de position par rapport à l'axe, de dimension, enfin de topographie superficielle du cerveau.

6e *preuve.* — Si réelle est cette individualité de chaque côté que. pour établir entr'eux des communications sans lesquelles les deux côtés se fussent ignorés, la Nature a institué des connexions nerveuses allant de droite à gauche et d'autres allant de gauche à droite. De même pour protéger contre les tendances exagérées des deux co-êtres à l'indépendance les conditions de la conjugaison d'existence, et pour assurer à l'être complet une perception unique et conjuguée du milieu extérieur, la Nature a-t-elle entrecroisé les deux systèmes nerveux.

Voilà bien toute la thèse du Duplicisme dans l'ordre des faits biologiques. L'ignorant que je suis ne prétend pas avoir prouvé cette thèse ; mais il croit l'avoir posée. Je renvoie à mon livre ceux qui veulent savoir comment par le Duplicisme la vie psychologique de l'Homme et aussi ses états psychologiques anormaux, sa liberté, son unité de conscience, sa vie morale, sa faculté d'éducation et sa vie sociale, sont expliqués et régis.

A ce travail de synthèse j'ai été contraint en quelque sorte par un besoin de mon esprit. Après quarante ans d'études sociologi-

ques qui ont fortifié en moi les idées de liberté et des règles morales nécessaires, je souffrais réellement de l'inconciliabilité apparente entre les enseignements des sciences sociales et ceux des sciences biologiques. J'ai cherché une doctrine qui me permît de relier entr'elles mes idées.

C'est avec la plus entière bonne foi que j'étudierai les objections qui me seront opposées ; et je me sentirai l'obligé de celui qui m'aura démontré mon erreur. Ce service M. Bonne, malgré une bonne volonté dont je lui sais gré, ne me l'a pas rendu.

Camille Sabatier.

Un dernier mot sur la symétrie ;

Par Ch. BONNE.

M. Sabatier a précisé. C'est bien, de la part d'un orateur. Il a élagué ; c'est encore mieux. Il a même douté ; c'est parfait. Essayons d'en faire autant.

Segmentation de l'œuf. — S'il le peut, cette fois-ci, sans perdre l'équilibre, qu'il « relise avec des yeux moins prévenus » la phrase qu'il cite lui-même et celle qui la suit (p. 198). Où trouver un démenti ? Je ne vois, pour ma part, dans l'étonnement de l'Auteur, que le désir d'allonger sa réponse par une longue citation et d'en justifier ainsi l'insuffisance. Chabry croyait avoir créé des hémilarves ; les recherches de Driesch et Campton ont montré que ces larves étaient en réalité complètes, sauf quelques défectuosités non caractéristiques. Mais ces larves, dit-on, cherchent à ressembler à l'individu normal. L'individu que l'A. considère comme simple a donc besoin d'une symétrie bilatérale ; bien plus, il parvient à l'établir, d'après les expériences mentionnées. Je vais plus loin que l'A., j'admets, d'après Conklin (*Arch. f. Ent.-mech.*, XXI, 1906), que les résultats obtenus par Driesch et Campton sont sujets à caution. Il ne manque pas d'espèces où la régularisation est complète et où l'individu né d'un seul blastomère est absolument normal. La régularisation varie : limitée dans quelques classes, elle est nulle chez les Cténophores, les Mollusques, les Annélides ; elle est tardive chez les Oursins, les Batraciens pour lesquels Roux l'attribuait même à une « post-génération », opinion combattue par O. Hertwig ; elle est, par contre, immédiate et absolue chez les Méduses et chez nombre d'Artiozoaires, tels que l'Amphioxus et les Téléostéens. (Voir O. Hertwig, *Hanbd.* etc., 1906, I, 1, p. 568 à 688.)

C'est chez les animaux de cette dernière catégorie que réussissent le mieux les expériences analogues à celles rapportées p. 199

et 200, et sur lesquelles on regrette d'autant plus d'ignorer encore l'opinion de l'A., que celui-ci n'a pas « craint d'abuser » par ailleurs. Aux exemples déjà cités je pourrais ajouter d'autres, pris non seulement chez les Invertébrés mais aussi chez les Poissons (voir Maas. Si donc le nombre des individus contenus dans l'œuf était égal à celui des blastomères qui, une fois séparés de leurs congénères, donnent chacun un adulte entier, il faudrait admettre que, chez les Artiozoaires dont les quatre premiers blastomères sont encore « totipotents », chez la Truite, par exemple, il existe de chaque côté de la media deux individus placés côte à côte ou l'un devant l'autre. Chez les Phytozoaires quintiradiés, dont les quatre premiers blastomères présentent la même totipotence, on devrait compter un nombre d'individus égal au commun multiple de 5 et de 4, s'il existait réellement entre la symétrie de l'adulte et les premières segmentations un lien tel que le suppose l'A. L'absurdité de la Doctrine est ici si profonde qu'il m'a fallu descendre jusqu'à un dogme chrétien pour en trouver l'équivalent.

D'autre part, l'œuf de l'Artiozoaire que l'on dit contenir deux individus, sinon préformés, du moins en puissance, avant la segmentation, a été, à ce stade même, l'objet d'expériences nombreuses et variées dont on trouvera l'exposé dans le livre déjà cité de Maas. L'A. les ignorait-il ou lui a-t-on conseillé de les laisser de côté, parce qu'elles sont contraires à la Doctrine, comme les précédentes ? Celles-ci en font d'ailleurs prévoir le résultat, quoique le mode de segmentation ne corresponde pas toujours et rigoureusement à la répartition dans l'œuf des substances protoplasmiques différenciées. Ces substances, dont de nombreuses expériences de résection partielle, de fragmentation, etc., suivies de l'étude de l'évolution ultérieure de l'œuf démontrent la différenciation précoce, sont quelquefois distinguibles à la simple observation de l'œuf entier; tel est le cas de l'œuf d'Oursin où l'on reconnaît trois zones superposées. Leur répartition ne correspond d'ailleurs jamais qu'approximativement à celle des organes, des feuillets, des régions qui en dérivent ; elle est en outre très variable et est établie, tantôt par rapport à un axe (que l'on peut artificiellement différencier de l'axe géométrique), tantôt par rapport à un ou à plusieurs plans de symétrie, enfin par rapport à un point central. Dans ce dernier cas, l'œuf est dit isotrope. Or, il existe, non seulement chez les Phytozoaires et notamment chez les Cœlentérés, mais encore chez les Poissons osseux, des œufs ou la répartition des diverses substances protoplasmiques est absolument uniforme et reste telle pendant les premières segmentations, de telle sorte que, dans les cas nombreux où les premiers blastomères sont de taille inégale, chacun peut encore donner un embryon complet, ce qui est encore le cas a-t-on vu, pour les quatre blastomères résultant de la deuxième division .

On a pu, dans certains cas, étudier au point de vue de la répartition des substances l'ovule non encore fécondé. Or, dans tous ces cas, quels que fussent le mode de répartition et la nature des substances différenciées, on a pu constater que la répartition était la même que dans l'œuf fécondé. Je rappelle à ce propos l' « argument de la dualité d'origine » si élégamment présenté (voir p. 197) tout d'abord, puis repris dans la réponse. (p. 28 et 29).

Plan de segmentation. — « Le premier plan *indique* celui de la future symétrie bilatérale ». C'est là un fait général, mais, on ne peut en conclure à une participation nécessairement égale des deux premiers blastomères à la formation des ébauches médianes. Dans l'œuf insegmenté les répartitions constatables ne correspondent qu'approximativement à la répartition ultérieure des feuillets ou organes qui dérivent de chaque substance. On sait encore que la première segmentation est suivie chez des Phytozoaires quintiradiés d'une 2e segmentation également méridienne (p. 197). Chez les Poissons osseux, les Urodèles etc., les deux premiers blastomères sont souvent très inégaux, sans que l'être, une fois le développement terminé, présente la moindre anomalie. Chez les Mammifères, l'amas vitellin dont dérive tout le corps de l'embryon, ne présente pas de relation topographique précise avec la couche superficielle qui seule, grâce au blastopore, qui disparaît d'ailleurs bientôt, conserve encore quelque souvenir de l'orientation première. L'aplatissement de l'amas contre la couche superficielle n'aboutit jamais à une disposition rigoureusement symétrique ; il est souvent très irrégulier et paraît s'être fait au hasard. Enfin chez les espèces (Triton, Grenouille etc.) où l'on a pu vérifier expérimentalement (Endres, Herlitzka, Spemann, Hertwig etc.) les rapports du plan de segmentation avec le plan de symétrie de l'adulte, on a constaté que la coïncidence est l'exception, que les deux font entre eux des angles divers, sans toutefois que le dernier soit jamais perpendiculaire au premier, ainsi que le croyaient les premiers expérimentateurs, qui pensaient même que telle était la règle et que la première segmentation séparait l'une de l'autre la moitié ventrale et la moitié dorsale de l'animal.

Duplicité organique. — A mes remarques sur la phylogenèse (p. 185), l'A. ne répond que par ces mots : « hypothèse gratuite » (p. *av. dern. pl.* 3), sans faire connaître les « motifs de doute » dont la biologie est pourtant si prodigue. Mais l'étude des conditions naturelles dans lesquelles les deux symétries se superposent et les faits de production d'un animal complet par un seul blastomère me parurent — et me paraissent encore — enlever toute force aux considérations présentées par l'A. sur les organes doubles et ne leur laisser qu'une valeur documentaire particulière que je cherchai à mettre en lumière par des citations. Je montrai, en outre, en

m'appuyant sur l'exemple de quelques organes de formation tardive et sur des processus secondaires de création de systèmes complexes, que le mode de locomotion, qui régit la symétrie, gouverne aussi, directement ou non, tout le développement ontogénique. L'A. qui, chose naturelle pour un sociologue, voit toujours (p. 19) dans la dualité des organes le meilleur argument, « le plus capable d'impressionnner », s'est efforcé de donner un sens à ses premiers raisonnements : « Double l'homme : double le poumon, double le cœur etc. ». Il était très juste, en effet, qu'il profitât de mes critiques ; il l'était un peu moins de m'attribuer l'idée d' « une liste d'organes simples », si j'ose m'exprimer ainsi, et de m'adresser, à propos de la formation des organes médians des imputations que rien n'autorise. On comprend bien qu'il fallait sauver la face et que l'A. ait pour cela sollicité et obtenu le concours de personnes auxquelles il dut promettre l'anonymat. Mais cette collaboration fut-elle bien récompensée ? Une franche substitution, qui ne laissât rien à faire aux lumières de l'assisté et ne s'en remît pas à sa bonne foi, n'aurait-elle pas mieux valu ?

J'ai cité (p. 201) les phrases suivantes :« La langue, double dans ses bases, l'est anatomiquement dans le corps médian. La thyroïde, le thymus sont bilobés dans l'embryon ». C'est là, disais-je, « citer sans discernement des organes dérivés d'ébauches doubles ou d'ébauches simples primitivement ou par coalescence.. Cette accumulation sous-entend de grossières erreurs. » L'A. parle, cette fois-ci, d'une part, du thymus, d'autre part, de la langue et de la thyroïde ; et il ajoute, ce qui est doublement faux, en parlant de ces deux dernières : « J'ai dit de ces organes qu'ils sont *doubles*, mais je n'ai pas dit qu'ils le fussent dès l'origine. » Puis il part de là pour apprendre à ses lecteurs, et à moi-même tout d'abord, l'histoire des dérivés branchiaux. Est-ce là de la sincérité ?

J'ai remarqué (p. 199) que, d'après Driesch et Campton, chez les Ascidies produites par un seul blastomère, la corde est « multistratifiée (mehrschichtig) comme chez la larve normale » ; ce n'est donc pas un « hémiorgane » puisqu'elle se forme puis évolue comme dans les conditions habituelles. J'ai noté (p. 202) que, « la première ébauche de la corde étant, sur coupe transversale, multicellulaire, rien n'empêchait l'A. d'appliquer ici le « sublime raisonnement » qui, s'appuyant sur ce qui est à prouver, prend chaque moitié pour un individu, affirme qu'elle forme, au lieu de dire qu'elle est formée, et voit dans la formation du système nerveux la collaboration des co-êtres. Comment justifiera-t-on le passage qui commence ainsi : « La corde est-elle double ? Non répond M. B... » (p. 23).

J'ai mentionné l'unicité primitive de la rate pour l'opposer, avec celle d'autres organes, à celle des gros vaisseaux (p. 201) ; j'ai ensuite (p. 203) comparé son évolution à celle du poumon, en essa-

yant de dégager les causes de son caractère impair et asymétrique. Mais au lieu de s'enquérir de l'histogenèse de la rate et d'essayer de lui appliquer le principe de la « formation cellulaire double » en montrant que ses « cellules se disposent pendant le développement à droite et à gauche de l'axe de l'œuf (p. 25, 30) », l'A. combat une erreur imaginaire. Quand la rate se forme, le mésogastre est-il déjà oblique ou encore sagittal ? C'est là un détail si futile que les auteurs que j'ai consultés, pour exposer la structure et le développement de cet organe, il y a une dizaine d'années, ne le mentionnent même pas. Je ne sais si depuis il a été fixé. Mais, puisque l'A. tenait à réparer son omission, que n'a-t-il insisté un peu plus sur l'histogenèse ?

Je mentionne sans m'y arrêter quelques-unes des erreurs commises au cours de la mise en œuvre des matériaux fournis : « le tube respiratoire se formant comme le tube digestif », le canal thoracique « formant paire avec la grande veine lymphatique » (p. 21). Ne fallait-il pas remplacer l'histoire de la dame qui vient de New-York et d'autres perles moins solidement serties que celles que contiennent encore le tube digestif et le canal épendymaire, et tombées au nettoyage ?

Quand l'A., à son réveil, imagina le vide digestif, il savait bien que les deux moitiés de l'entoderme se rejoignent après énucléation de la corde, comme il savait que le cœur est double, à l'instar du foie, du poumon et même de la colonne, elle qui pourtant pourrait ne pas l'être. Mais, modeste autant qu'ingénieux, il ne dit que « ce que tout le monde sait » grâce à une expérience journalière. C'est méritoire et incontestable. Mais où ai-je « déclaré que le tube digestif se forme par une ébauche médiane simple » ? Vous avez pris, Monsieur Sabatier, votre pensée pour la mienne ; je n'ai parlé du tube digestif (p. 204), après vous avoir cité (p. 202), qu'à propos des analogies évolutives qui le rapprochent du « vide nerveux », analogies peut être inconnues ou méprisées de vous, mais qui valent bien, je pense, celles d'une route et de l'intestin. Quand vous alliez de laboratoire en laboratoire quêter les miettes que vous destiniez à nourrir votre chimère, vous auriez dû exposer plus clairement vos besoins. Il vous fallait une dualité *ab ovo* ; mais pourquoi vous arrêter en chemin, pourquoi vous tenir à la corde? Vous avez donc maintenant peur du vide ? Si « un vide ne peut être ni simple, ni double », le tube digestif, au moment de la formation de la corde, ne l'est pas autrement qu'il ne le sera chez l'adulte et que la cavité gastruléenne, dont il est l'homologue et le continuateur physiologique, ne l'était chez l'Amphioxus, après comme avant la formation de la corde : à ce moment, les parois de la cavité offrent partout la même structure, comme l'entoderme des Mammifères, au début du développement.

« Ma thèse » est l'unité organique du névraxe : je le veux bien,

mais c'est aussi celle du Pr Delage, qui s'étonnera peut-être de la façon cavalière dont il est remercié, après les protestations de la page 10 du livre (voir p. 204 et 205), d'autant plus que cet auteur a pris quelque part aux expériences de tératogénie qui « satisfont la curiosité sur la question des origines » et qu'il avait aussi, de son côté, « posé le problème dans toute son ampleur ». Pourquoi donc l'A. n'a-t-il pas persisté dans sa première explication : le tube nerveux est double puisqu'il s'est formé sur la ligne médiane ? Que nous importe « le grand développement des parties latérales » ? Pourquoi citer sans les comprendre les expériences d'un embryologiste (O. Hertwig) qui est précisément l'adversaire le plus autorisé de la théorie de la mosaïque et de celles qui s'y rattachent ? Pourquoi surtout résumer, et d'une façon si baroque, la « théorie de la concrescence » ? Si le « système nerveux est double » chez les Mammifères parce que, chez d'autres Vertébrés, la moelle se forme par suture progressive, le long de l'axe, des bords du bourrelet embryogène, au fur et à mesure de l'extension des feuillets, on n'a pu laisser ignorer à l'A. que cette suture ne s'étend presque jamais en avant de la vésicule auditive et que souvent même elle n'atteint pas le cerveau postérieur ; l'encéphale presque tout entier préexiste à la concrescence et se forme dans la portion des parois du blastopore qui est située en avant de l'orifice. Quelle différence établir alors entre l'encéphale et la moelle au point de vue de la « duplicité » ? Je soumets à l'inventeur les équations suivantes : Moelle = co-êtres ; encéphale = moi supérieur. C'est un peu vague, mais l'A. sait préciser.

Le duplicisme est avant tout une doctrine psychologique : la duplicité des organes n'a donc pour lui quelque prix que lorsqu'une certaine dualité physiologique la relie, pour ainsi dire, à la dualité que la « Doctrine » veut introduire en psychologie. L'A. n'a pas répondu aux remarques faites à ce sujet (unité physiologique assurée par l'innervation, par la communauté des voies de nutrition et d'excrétion des organes de chaque paire, etc.) Il lui suffit que la dualité fonctionnelle « des membres, des ovaires ou testicules et de nombre d'autres organes » soit « constatée chez l'être pleinement formé... quand l'homme a besoin de la liberté » (pl. 20). Or, au temps où l'enfant, encore indifférent à la « notion de cause à effet,.. monte ses petites mains à hauteur de ses yeux », il y a déjà longtemps que son cœur, sa moelle, sa route et son égout ont perdu leur dualité primitive. Il lui reste encore les organes doubles réservés par la nature pour la liberté de l'âge adulte et l'épanouissement d'une « raison supérieure ». Il est en effet indispensable à l'« âpreté des combats intérieurs » que l'homme ait deux narines, deux poumons et « deux cœurs », mais n'aurait-il pas mieux valu que chaque co-être eût son estomac et l'humeur qui en provient ?

Indépendance des hémisphères. Expériences d'hypnotisme. — Je me suis efforcé, à différentes reprises, de marquer les limites de l'indépendance fonctionnelle: à propos de la physiologie des centres sensoriels (voies et centres optiques p.189 à 196, — auditifs, etc.,p.212)et de celle des centres du langage(p.209,216)et d'autres centres de souvenir. J'ai cité à cette occasion les agnosies unilatérales (p. 211) et plusieurs exemples d'apraxie (p. 301) et conclu que cette indépendance, bien moindre même que ne le croyait Ribot, ne pouvait aucunement justifier la théorie qui attribue à chaque hémisphère une personnalité distincte, à l'état normal ou à l'état pathologique. J'ai rappelé dans l'historique que cette théorie simpliste avait d'ailleurs été victorieusement combattue par Séglas (p. 180, 310) et par P. Janet (p. 181,304),puis ai examiné un à un tous les exemples cités par Ribot et repris par l'A. en faveur de sa Doctrine.Il n'y eut guère de mérite, je l'avoue, à faire ressortir l'enfantillage de toutes les explications proposées, à montrer, par exemple, que, dans une observation citée par l'A. comme cas de trouble alternatif des deux hémisphères, certains symptômes témoignaient du trouble de celui supposé sain (p. 308) ; à rappeler que les personnalités possibles, dont l'A. avait triomphalement porté le nombre à trois, avaient été fréquemment plus nombreuses, de l'avis même d'un « illustre savant ». (p. 304). Il y avait là, comme dans les remarques concernant la physiologie du cerveau, « des tas de certitudes ». Celles-ci ont sans doute échappé au biologiste enthousiasmé qui avait mis dès la première heure au service de la Doctrine ses connaissances physiologiques et ses idées sur le corps calleux. Aussi, l'on confond encore ; on m'accuse de changer d'avis (p. 18) ! Je n'insiste pas.

Quant aux expériences de Dumontpallier et autres semblables, dont l'A. fit dès le début la « preuve directe » de sa Doctrine, n'ayant pas à apprécier leur valeur intrinsèque,je m'étais contenté d'en faire l'historique (p. 178 et 179). Mais j'apprends aujourd'hui, à n'en pouvoir douter, que ces expériences « sont nettement insignifiantes. » C'est un comble qu'on me devait bien.

Aptitudes. Entrecroisements. — Même confusion — à déterminer — pour les aptitudes et tendances. Après avoir exposé les *différences* physiologiques (p. 206, 207), je me suis demandé, en termes on ne peut plus explicites (p.208),si elles représentaient un substrat physiologique suffisant pour des *tendances* ou même simplement des *aptitudes opposées* ; puis j'ai mis en lumière les caractères qui distinguent les deux groupes (évolution onto et phylogénique, influence de l'exercice etc.); j'ai ensuite démontré (p. 210 et sqq.) que l'hypothèse de l'innéité de tendances opposées est contredite par la primordiale et constante communauté de milieu et d'origine ; que la persistance de ces tendances est semblablement

en désaccord avec l'unité fonctionnelle de la plupart des organes doubles, avec l'énorme prépondérance des acquisitions communes aux deux hémisphères (p. 212) et avec la nécessité de leur collaboration, même dans des cas où l'on croyait jadis la disjonction possible. Mais, sans même avoir l'idée de critiquer la distinction naturelle entre les différences et les tendances, l'A. confond les deux choses. Le résultat est pénible (cf. p. 210 et p. 28) et a effectivement quelque gravité. Mais la fin du paragraphe laisse bien réapparaître ce fond de joyeuse humeur, dont un livre souvent cité laissait déjà soupçonner l'existence.

Quant à ma « querelle » (*v.* p. 28), en voici le sens : je demandais au moins un exemple de tendances opposées. On me renvoie à vingt auteurs ; mais ceux-ci n'étaient pas, que je sache, initiés, et n'avaient nulle cure des tendances opposées. L'A. se reconnaît maintenant incapable d'imaginer une tendance ou aptitude opposée à « plus intellectuel » ; il avoue ainsi qu'il avait effectivement pensé à celle que je lui ai soumise en lui rappelant toutefois que les muscles les plus forts et les mieux exercés sont au service du cerveau « plus intellectuel ». L'exemple demandé reste donc encore à trouver : dois-je conclure qu'il est introuvable ?

L'inégalité des poumons est maintenant rayée de la liste des différences anatomiques, mais l'A. a retenu « les différences *très visibles* sur le *relief topographique* de l'organe psychique », sans toutefois essayer de les rattacher aux différences physiologiques : il eût été indiscret d'exiger des collaborateurs les recherches nécessaires à la solution du problème. Mais pourquoi ne pas tenir compte des différences, très visibles aussi, dans la disposition des lymphatiques sous-pleuraux ou dans celle des lobes des reins du nouveau-né ? D'autre part, si les différences des circonvolutions, à droite et à gauche, expriment des différences innées dans les tendances de deux individus accouplés, pourquoi le cerveau où sont localisés les souvenirs verbaux, par exemple, est-il, dans la règle, placé à gauche ? Les inégalités dans la vascularisation n'expliquent pas tout, je le veux bien, mais quelle est cette force mystérieuse qui préside à la mise en place des co-êtres en formation ?

Autre méprise. La Doctrine, a-t-on remarqué, « ne tient pas compte des connexions bilatérales motrices et sensitivo-sensorielles de chaque moitié du système nerveux etc. » (p. 219 et p. 19). On me répond que « le duplicisme explique seul les connexions nerveuses... grâce auxquelles la droite *cause* avec la gauche, et les entrecroisements... qui sont des garanties contre l'incoordination. » Il est évidemment permis à un sociologue, même sustenté de quelques biologistes, de confondre les chiasmas sensoriels et les voies pyramidales avec les voies commissurales. Mais à qui défendra-t-on de savourer ces « deux moitiés auxquelles il faut des connexions etc. » et de trouver un peu risqué le dialogue signalé plus

haut, quand l'A. spécifie que « ces mots *gauche* et *droite* signifient bien plus qu'une situation topographique » ? On ne voit guère, en effet, qu'une situation à la Chambre...

Je ne m'attarderai pas à énumérer toutes mes remarques laissées sans réponse quoiqu'elles ne concernent « ni la philosophie, ni la sociologie ». Je ne chercherai pas non plus à savoir comment la Doctrine explique, mieux qu'aucune autre, les « déviations, inégalités ou atrophies » et « les ressemblances successives » (p. 35 et 38). L'A. a fait flèche de tous bois et à élevé à la dignité de preuve un aperçu au moins un peu vague, mais qu'il préciserait au besoin. C était là, du reste, faire acte de reconnaissance.

Inutile également de qualifier les tendances nettement manifestées dès les premiers chapitres du livre comme elles le sont aujourd'hui dans certaines phrases de l'apologie terminale : j'ai en effet vainement cherché dans la réponse proprement dite une seule assertion qui ne fût erronée ou mensongère, un seul développement qui ne fût amené par le besoin d'égarer le jugement du lecteur ou basé sur des méprises bien dignes, il est vrai, de quarante années d'études préalables. Je ne doute pas que l'A. n'ait d'autres « arguments » en réserve ; mais je doute que nulle amplification arrive à masquer la niaiserie de son idée mère ; je doute même, s'il y persiste, et quoiqu'il se vante de connaître, outre la sociologie, « l'état actuel de la science zoologique » (p. 36), que sa trouvaille l'aide jamais « à relier ses idées entre elles. »

RECUEIL DE FAITS

Sur un cas d'œdème à évolution d'apparence spontanée chez un paralytique général (1).

PAR

G. DROMARD et L. DALMAS

médecin interne

à l'Asile St Pierre (Marseille)

Les troubles trophiques et vaso-moteurs fournissent à la paralysie générale des symptômes aussi importants que variés. L'œdème compte au nombre de ces symptômes et il faut reconnaître pourtant que la plupart des auteurs lui ont accordé une faible mention. Bien étudié dans l'hémiplégie (Raymond, Marie, Gombault, Oppen-

(1) Service du Dr Journiac.

heim, Féré, Monakow, Strumpell, Crouzon, Parrhon et Golstein etc.', et dans les affections médullaires telles que le tabes ou la syringomyelie (Noth, Hoffmann, Louazel, etc.) ; l'œdème n'est que signalé avec un commentaire plus ou moins restreint dans les travaux de Bonnet (1), Durante (2), Athanassio (3), Villard (4), Namadier (5) Hérissey (6) sur les troubles trophiques chez les paralytiques généraux, et cette parcimonie de détails n'est pas sans étonner en présence d'une maladie qui intéresse l'axe cérébro-spinal dans son ensemble. L'observation suivante, nous a paru digne d'intérêt comme contribution à l'étude clinique des œdèmes dans la paralysie générale.

A... Jules, 42 ans, marchand de nouveautés à Constantine, ne présente rien de particulier à signaler au point de vue des *antécédents héréditaires*. Le père et la mère sont bien portants ; la famille nie toute tare nerveuse tout alcoolisme chez les ascendants.

A... a toujours été d'un tempérament nerveux et impressionnable mais il n'a jamais eu de maladie grave. Toutefois, la syphilis, sans être absolument confirmée, semble probable d'après les renseignements recueillis auprès de l'entourage.

Le 10 Juin 1902, le malade subit un premier internement pour une crise d'exaltation avec idées vagues de grandeur et de persécution. Il pousse des cris inarticulés, tient des propos incohérents et insulte à tort et à travers les membres de sa famille. Il est riche, il a la plus jolie femme du monde, et fait un éloge exagéré des personnes qui l'entourent. Toutefois cet état s'améliore et la sortie est signée le 29 septembre de la même année. A noter qu'au cours de ce premier internement le sujet avait présenté des *troubles vaso-moteurs caractérisés par l'œdème des régions malléolaires et une coloration marbrée de la peau au niveau des quatre membres*.

(1) BONNET.— Troubles trophiques dans la paralysie générale (*Encéphale*, 1883).
(2) DURANTE.— Troubles trophiques dans la paralysie générale (*Gaz hebd.*1894).
(3) ATHANASSIO.—Troubles trophiques dans la paralysie générale (*Arch. neurol.*, nov. 1897.)
(4) VILLARD.— De quelques complications dans la paralysie générale (Thèse Paris, 1869).
(5) NAMADIER. — Contribution à l'étude des troubles trophiques dans la paralysie générale (Thèse Paris, 1881).
(6) HÉRISSEY. — Etude clinique sur les troubles trophiques dans la paralysie générale (Thèse de Paris, 1903).

Le 25 mars 1906 le malade est réintégré à l'asile pour une nouvelle crise d'exaltation. Au bout de quelques jours, les phénomènes bruyants s'atténuent, mais il persiste un état assez accentué de confusion mentale avec désorientation dans le temps et dans l'espace. Puis un affaiblissement intellectuel de plus en plus évident succède à la simple confusion et les signes physiques de la paralysie générale apparaissent.

Aujourd'hui A.. présente des troubles profonds de la mémoire. Il est incapable de répondre aux questions qu'on lui pose et reste immobilisé dans son lit où il mène une vie végétative. L'examen physique révèle la parésie des membres inférieurs avec abolition presque totale des réflexes patellaires. Les troubles de la parole sont très accentués. Les pupilles sont égales mais réagissent paresseusement à la lumière. Il y a paralysie de l'oculo-moteur commun du côté droit avec déviation du globe de l'œil en dehors et ptose de la paupière supérieure. On constate également des mouvements de trombone et du tremblement fibrillaire de la langue.

Le 10 septembre au matin, A... qui depuis une quinzaine de jours avait *un léger œdème malléolaire du côté gauche* présente subitement un *œdème énorme du membre supérieur droit*. La veille, cette région était absolument normale dans son aspect aussi bien que dans ses dimensions.

A l'inspection, et par comparaison avec le membre supérieur du côté opposé, on est immédiatement frappé *a*) de la *déformation apparente*, *b*) de *l'augmentation de volume*, *c*) de la *différence de coloration*.

a) La *déformation apparente* se traduit par un raccourcissement du segment brachial au profit du segment antibrachial. Mais cette illusion est due à ce que le maximum d'empâtement siège au niveau du coude avec effacement du pli de flexion et gonflement énorme de la région olécranienne. Il est facile de constater à la palpation que le squelette est intact. La tête humérale est à sa place; la mensuration montre que les différentes apophyses sont à leurs distances respectives. Au reste, le malade fait avec aisance et sans douleur les mouvements de supination et de pronation de l'avant bras ainsi que tous les mouvements de flexion, d'extension, d'adduction et d'abduction du bras. Il n'y a ni luxation, ni fracture.

b). *L'augmentation de volume* porte à la fois sur l'épaule, le bras, le coude, l'avant-bras et le poignet. La main n'est pas modifiée d'une façon sensible. Le maximum d'augmentation est au niveau du coude ; le minimum au niveau du poignet. Le volume du bras est plus marqué dans son tiers inférieur : celui de l'avant-bras dans son tiers supérieur. Des mensurations exactes, donne-

neront une idée plus précise de ces modifications ; surtout si on les compare aux mensurations pratiquées sur les régions correspondantes du membre sain,qui est le siège d'une atrophie musculaire assez avancée :

—*Circonférence du bras à sa partie moyenne* :—*A gauche*,25 c. ; *à droite*, 36 c. 1/2.

— *Circonférence de l'avant-bras à sa partie moyenne* : — *A gauche* 25 c.; *à droite* 28 c. 1/2.

Circonférence du coude : — *A gauche* 24 c. 1/2 ; *à droite* 36 c.

c)La *différence de coloration* est marquée par la présence de surfaces ecchymotiques dont la disposition est assez diffuse mais qui pourtant semblent prédominer en trois points.Une bande violacée occupe tout le bord cubital de l'avant bras. Un croissant à concavité supérieure de coloration moins foncée occupe la partie antéro-externe du bras à l'union de son tiers supérieur et de ses deux tiers inférieurs. Une troisième ecchymose moins bien définie marque le rebord postérieur de l'aisselle et se perd sur la partie supéro-latérale du thorax.

A la palpation, l'œdème dont nous venons d'indiquer les caractères primordiaux.se présente comme une *tuméfaction dure et tendue* ; le doigt y laisse néanmoins son empreinte sous forme de godet.La pression est indolente.Il est impossible de découvrir un point d'élection douloureux.

L'*élévation de température locale* est frappante ; elle est nettement perceptible à la main et se révèle d'une façon plus évidente encore par une comparaison thermométrique.

Le thermomètre placé soit au niveau du pli du coude. soit au niveau de l'aisselle marque 37.2 du côté sain et 39.6 du côté malade.Cette élévation de température concorde avec une *hyperhydrose* manifeste:la sueur perle et ruisselle le long du membre.

La *motilité* n'est pas diminuée ; le malade résiste avec autant de force du côté droit que du côté gauche aux mouvements forcés de flexion et d'extension qu'on imprime au membre.Par contre,la *sensibilité* à la piqûre paraît obtuse du côté correspondant à l'œdème. Le cœur est normal ; il n'y a dans l'urine ni sucre ni albumine. Ni fièvre ni modification de l'état général.

Du 10 *au* 17,la situation est sensiblement stationnaire.Nous pratiquons des massages matin et soir.—*Du* 17 *au* 20,continuation des massages.L'œdème s'atténue légèrement et devient surtout beaucoup plus souple. Les ecchymoses subsistent et conservent leur coloration violacée.L'hyperhydrose et l'hyperthermie locales sont encore nettement perceptibles.

Du 20 *au* 25, l'œdème continue à s'améliorer. Les ecchymoses pâlissent et diminuent d'étendue, l'hyperhydrose et l'hyperthermie ne sont plus appréciables.

Le 25, les chairs ont presque recouvré leur souplesse normale; les différences du volume entre les deux membres ne sont plus que de 3 cm. au niveau du bras, 2cm. au niveau de l'avant-bras, 5 cm. au coude. Les ecchymoses continuent à regresser.—*Du* 25 *au* 30, l'amélioration s'accentue,

Le 30, il ne reste plus qu'un empâtement local de la région olécranienne et une ecchymose encore visible bien que très atténuée, sous forme de bande cubitale.— La surface ecchymotique a disparu dans la suite, mais il subsiste un certain degré d'œdème chronique dans la partie moyenne du membre et particulièrement à la face postérieure du coude.

L'enquête soignée à laquelle nous avons cru devoir nous livrer en présence des phénomènes précédents ne nous a révélé *aucune pression* ni *aucun choc* au niveau des surfaces ecchymotiques ou œdématiées. Le malade parfaitement calme, demeurait constamment au lit, *sans liens, sans entraves, sans moyens de contention*, et la chambre qu'il occupait au pavillon du pensionnat était de jour et de nuit l'objet d'une surveillance à laquelle une chute n'eût pas échappé. Les accidents en question ne semblent donc pas attribuables à un traumatisme. Nous insistons particulièrement sur ce fait, car il est bien évident que la première hypothèse qui nous vint à l'esprit fut celle d'un accident passé inaperçu et ayant eu pour conséquence des réactions *in loco*. Toutefois, l'absence complète d'anamnèse, la disposition même de l'œdeme et des ecchymoses, leur caractère physique et leur indolence, enfin l'intégrité parfaite de tous les mouvements du membre, voilà autant de traits susceptibles de nous éloigner d'une contusion. A plus forte raison ne pouvons-nous songer à une luxation ou une fracture, tout en faisant la part de l'allure torpide qu'affectent ces accidents chez les tabétiques et les paralytiques généraux. Nous n'en avons découvert aucune trace, à l'examen le plus minutieux, et en dépit des déformations apparentes dont toute la responsabilité revient aux parties molles.

En joignant à ces considérations négatives quelques remarques positives, on est tenté d'accorder aux phénomènes que nous venons d'étudier un caractère de spontanéité dont le mécanisme est à découvrir. Nous rappelons en effet l'hyperthermie et l'hyperhydrose localisées qui ont

accompagné les phénomènes au début de leur évolution: nous rappelons également la *cœxistence d'un œdème localisé de la région malléolaire survenu en avant-coureur*, ainsi que *l'existence de troubles analogues ou assimilables au cours d'un internement antérieur.*

Ces différentes circonstances nous font incliner à penser que nous sommes en présence de troubles vraisemblablement en rapport avec des modifications de l'innervation vaso-motrice. Il est à peine besoin d'ajouter que la nature de cette influence nerveuse nous échappe aussi bien que les transformations intimes qu'elle commande. Stofella, pour expliquer un certain nombre de cas plus ou moins analogues au nôtre, mais accompagnés de névralgie cervico-brachiale, suppose des phénomènes névritiques à l'origine de pareils accidents. L'hypothèse est évidemment soutenable mais il ne nous semble pas nécessaire d'invoquer une lésion du système nerveux périphérique pour expliquer des troubles vaso-moteurs ou trophiques chez un paralytique général. Krafft-Ebing attribue un rôle important aux altérations du centre vaso-moteur dans la pathogénie et l'évolution clinique de la maladie. Klippel et Dumas ont signalé les rapports de l'état affectif des paralytiques généraux avec leur paralysie vasomotrice et tendent à considérer la vaso-dilatation périphérique comme entièrement liée à l'état de satisfaction dans la variété expansive. On observe dans la paralysie générale un certain nombre de symptômes qu'il faut encore attribuer à l'état des centres vaso-moteurs ; tels sont les attaques syncopales, les ictus apoplectiformes, les accès épileptiformes, etc. Enfin Klippel et Durante ont insisté sur les lésions vaso-paralytiques des viscères, et il n'est pas plus étrange de rattacher à un mécanisme analogue, à côté de la tache méningitique et du dermographisme, certains cas d'œdème paralytique avec ecchymose spontanée. Il convient d'insister cependant sur la prudence que doit revêtir toute interprétation de ce genre. Comme le dit Klippel, «il faut se rappeler que la paralysie générale qui a suivi toute son évolution est à la fois une cachexie, une maladie du système nerveux, et une infection qui ouvre la porte à toutes les infections secondaires ». C'en est assez pour rendre la vérité com-

plexe en matière de pathogénie symptomatique et pour entacher de suspicion toute théorie exclusive.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

I. — **Ueber den Schaefer'schem antagonistischen Reflex (sur le réf. ant. de Schaefer)** ; par W. Lasarew, de Kiew. (*Neurol. Ctrbl.* XXV, f. 7, p. 291, à 293, 1er avril 1906.)

Chez l'homme sain une compression forte du tendon d'Achille entre le pouce et l'index produit, par simple action mécanique, une flexion très légère du gros orteil et la flexion plantaire du pied.

Dans cinq cas de lésion cérébrale organique, Schaefer (*Neurol. Ctrbl.* 1899, p. 1016) obtint par la même manœuvre l'extension des orteils. Il attribua ce résultat à l'excitation des nerfs sensitifs du tendon d'Achille et l'appela « le réflexe antagonistique », parce que le muscle qui se contracte n'est pas celui sur le tendon duquel a porté l'excitation, mais bien son antagoniste. Dans un cas de coma profond, où aucun signe de lésion locale ne pouvait être décelé, S. diagnostiqua grâce à ce réflexe une lésion en foyer qui fut ensuite vérifiée.

L. retrouva ce symptôme chez 7 hémiplégiques et chez 3 paraplégiques par lésion spinale en voie d'amélioration, mais il pense que le point de départ de l'excitation n'est pas le tendon mais la peau ; le réflexe variait en effet d'un individu à un autre, ce qui est un des caractères des réflexes cutanés (Strumpell), et était produit, d'autre part, par simple pincement de la peau au niveau du tendon d'Achille. Les 10 malades de L. présentaient en outre le signe de Babinski : la « zone réflexogène » du phénomène des orteils n'est donc pas localisée à la plante du pied et le signe de Schaefer ne diffère de celui de Babinski que par le mode d'excitation.

Ch. Bonne.

II. — **Ueber den Fussrückenreflex (sur le réf. du dos du pied)**, par Kurt Mendel de Berlin. (*Neurol. Centralbl.* XXV, f. 7, p. 293 à 297.)

Chez les individus sains ou atteints d'une maladie nerveuse fonctionnelle, la percussion du dos du pied produit une flexion plus ou moins nette des quatre derniers orteils. Chez plusieurs sujets atteints d'affections organiques du système nerveux, M. (*Neurol. Ctrbl.*, 1904, no 13) obtint au contraire par le même mo-

yen la flexion plantaire ; plusieurs de ces malades présentaient en outre le signe de Babinski.

Une nouvelle série d'examens permit à M. de compléter ses premières recherches. Dans 85 cas d'*hémiplégie organique*, il y eut 26 fois flexion plantaire, 59 fois flexion dorsale ; dans 13 cas, la flexion plantaire était plus accusée quand la percussion portait sur le dos du pied près du bord externe. Le signe de Babinski fut négatif 48 fois, mais, dit l'auteur, un grand nombre de sujets ne présentaient qu'une légère hémiparésie.

Dans 59 cas de *paraparésie organique* (44 myélites et 15 scléroses en plaques), il y eut 35 fois flexion plantaire. Dans 45 cas le signe de Babinski fut positif. Le réflexe pathologique du dos du pied serait donc plus fréquent dans les cas de lésion de la moelle; dans les paraparésies, il serait, en outre, plus accusé et plus facile à produire du côté le plus atteint : ainsi dans les cas de syndrome de Brown-Séquard, il est plus net du côté où prédominent les troubles moteurs.

Le reflexe de Mendel aurait une certaine valeur dans les cas où se pose la question d'une lésion du faisceau pyramidal malgré l'absence du signe de Babinski. M. rapporte l'histoire d'un malade pour lequel l'absence de ce signe avait fait porter le diagnostic de neurasthénie, diagnostic qu'il mit en doute à cause de la présence du réflexe pathologique du dos du pied ; on vit, en effet, après quelques mois, apparaître successivement plusieurs signes de sclérose en plaque et, notamment, le signe de Babinski.

M. passe en revue plusieurs cas d'hémiplégie capsulaire ou corticale, de lésions pontiques, de « paralysie progressive » de l'enfant et de l'adulte, où le signe de Babinski manquait, tandis que le réflexe du dos du pied était positif (flexion plantaire), mais sans insister sur cette discordance. Ch. BONNE.

III. — **Experimentelle Untersuchungen aus dem Gebiete der Anatomie und Physiologie der hinteren Spinalwurzeln. Vorlaufige Mitteilung (Recherches exp. sur l'An. et la Phys. des racines postérieures des nerfs rachidiens. Communication préliminaire)**; par Stanislaus KOPCZYNSKI, de Varsovie. (*Neurol. Ctrbl.* XXV, fasc. 7, p. 297 à 300).

Section des racines postérieures chez 4 Macacus rhesus, puis suture de la dure-mère ; dans tous les cas, réunion *per primam*. Les animaux furent tués un mois après l'opération.

La section d'une seule racine postérieure ne produit pas le plus léger trouble moteur dans le membre correspondant. La section de plusieurs des racines postérieures correspondant à un membre produit des troubles ataxiques, une certaine gaucherie, surtout dans les doigts, qui disparaissent complètement au bout de quelques jours. La section de toutes les racines postérieures d'un

membre est suivie de faiblesse et d'atrophie des muscles de ce membre.

Quoique la 8e racine postérieure cervicale préside à la sensibilité d'une grande partie de la main, son rôle n'est que secondaire dans la motricité du membre : quand la 1re racine postérieure dorsale et « vraisemblablement » plusieurs autres des racines du plexus brachial sont épargnées, on peut assister à la disparition des troubles moteurs consécutifs à la section de toutes les autres racines, y compris la 8e.

Après section d'une série ininterrompue de racines postérieures correspondant à un membre, les mouvements de préhension au moyen de la main anesthésique sont d'abord impossibles, mais l'animal peut exécuter avec le bras, l'avant-bras, et même la main et les doigts divers mouvements, qui se perfectionnement par l'exercice. Il court, mais péniblement, et s'appuie souvent sur la face dorsale de la main anesthésique.

Le S. N. C. des 4 animaux opérés fut examiné par l'A. au Marchi et au Pal. Voici les conclusions les plus importantes :

La virgule de Schultze est formée presque uniquement des branches descendantes des racines postérieures. Le siège et l'étendue en hauteur de sa dégénération dépendent du siège des racines postérieures sectionnées.Pourtant, après section des dernières cervicales et des 5 premières dorsales, la dégénération n'atteint pas la moelle lombaire.

Après section unilatérale des racines postérieures, il n'y a jamais dégénération dans le cordon postérieur du côté opposé.On observe, par contre, dans les cordons antérieurs.des dégénérations disséminées dues à des troubles circulatoires de la subsance grise ou à des lésions opératoires de la périphérie de la substance blanche.

La division des cordons postérieurs en cordon de Goll et cordon de Burdach ne s'applique exactement qu'à la moelle cervicale supérieure.Dans les segments cervical inférieur et dorsal supérieur, le septum paramédian ne représente pas la limite entre les deux cordons : il décrit en effet un S, tandis que le bord interne du champ de dégénération est le plus souvent rectiligne. Dans certains cas, une partie des fibres des cordons postérieurs passe par les noyaux de ces cordons, s'engage directement dans le ruban de Reil du côté opposé et se dirige aussitôt vers l'écorce.

Après section des racines postérieures, les cellules motrices des cornes antérieures ne présentent pas de modifications et les racines antérieures ne sont qu'à peine altérées, on ne peut donc invoquer une lésion secondaire de ces racines et de leurs cellules pour expliquer les troubles moteurs.

Dans le bout médullaire des racines postérieures sectionnées, l'auteur ne trouva pas de fibres saines, et,30 jours après l'opéra-

tion,le bout ganglionaire ne contenait pas une seule fibre dégénérée. L'auteur en conclut que,*chez le singe*, les racines postérieures ne contiennent pas de fibres médullifuges. Ce résultat, que l'on peut considérer comme négatif, car les éléments sains du bout central et les fibres dégénérées du bout ganglionnaire sont en très petit nombre et *difficiles à mettre en évidence*, est en désaccord avec celui que j'ai obtenu chez le chien, il y a une dizaine d'années (*Thèse de Lyon* 1896-1897). Mais, ayant constaté moi-même que la proportion des fibres centrifuges diminue régulièrement à mesure que l'on remonte la série animale, je tiens pour plausible jusqu'à plus ample informé la conclusion de K. Cet auteur constata, enfin, que, au 30e jour, les ganglions spinaux ne présentaient pas trace de dégénération. Ch. BONNE.

VI. — **Ueber das Wachstum mikrocephaler Schaedel. (Sur la croissance des cranes m.)**; par Heinrich VOGT, de Gottingues. (*Neurol. Ctrbl*, XXV, f. 7, p. 300 à 312. Longue bibliographie.)

Recherches statistiques dont voici quelques conclusions : On peut considérer dans le crâne microcéphale trois parties plus ou moins distinctes: 1° une partie dont la croissance n'est influencée que par les processus dont le cerveau est le siège ; chez le microcéphale ses dimensions restent stationnaires dans presque tous les cas (hauteur de la tête, arc biauriculaire, diamètre bipariétal). 2° Une partie dont la croissance est déterminée principalement par les organes des sens (largeur de la base du crâne au niveau des articulations temporo-maxillaires). Sa croissance est moindre qu'à l'état normal mais ne subit pas d'arrêt complet (diamètre fronto-occipital, circonférence de la tête, et diamètre transversal de la tête). Le pourtour horizontal de la tête dépend à la fois des organes des sens et du cerveau. 3° Le « crâne facial » proprement dit dont la croissance s'effectue à peu près suivant la normale, et opposé par Carl Vogt au « crâne cérébral ». Ch. BONNE.

V. — **Zur Frage der trophischen Nervenfunktion**; par Wilhelm TRENDELENBURG, de Fribourg-en-Brisgau. (*Neurol. Ctrbl.* XXV, fasc. 9, p. 386 à 391, 3 fig., 1er mai 1906) (1).

On sait que la section des racines postérieures produit dans le membre correspondant des troubles dits trophiques que l'on rattache généralement à la perte de la sensibilité ou à la maladresse des mouvements. On sait, d'autre part, que, chez les mammifères, les racines postérieures contiennent des fibres vasomotrices dont l'interruption joue probablement un certain rôle dans la produtition des troubles dits trophiques. Les expériences de T. mettent ce point en lumière d'une facon inattendue.

(1) Sur la question de la fonction nerveuse trophique.

Chez le pigeon domestique, la section des racines postérieures d'une patte entraîne des troubles moteurs, tantôt passagers et à peine marqués, tantôt plus accusés et plus durables ; les doigts traînent sur le sol et la patte se pose souvent sur la face dorsale ; dans ce cas seulement on voit apparaître les troubles dits trophiques : excoriations, callosités, épaississement œdémateux, chute des ongles et des phalanges etc. Quant à l'aile, la section de ses racines postérieures ne cause jamais le moindre trouble dans ses mouvements ni dans l'état apparent de ses divers tissus. Pourtant, après la mue, T. a remarqué que, constamment, la pousse des plumes était beaucoup plus lente du côté opéré que du côté sain. Ce fait ne paraît actuellement comporter qu'une seule explication : la croissance rapide des plumes serait normalement accompagnée d'un certain degré d'hyperhémie de la peau, et nécessiterait une intervention particulière des vaso-dilatateurs. En dehors de cette période, l'action de ceux-ci serait pour ainsi dire nulle ou tout au moins difficile à mettre en évidence, tandis que, après la mue, les conditions particulières du régime circulatoire local ne pourraient plus être remplies. Ch. BONNE.

VI. — **Ueber einseitiges Fehlen und ueber die Wiederkerhr des verschwunden gewesenen Kniephaenomens (sur l'absence unilatérale et sur la réapparition du phénomene du genou)** ; par Gaston WEHRUNG, de Bonn. (*Neurol. Ctrbl.*, XXV, fas. 9, p. 391 à 401, 6 fig.)

Trois cas de paralysie générale avec état variable des réflexes :

1° Femme de 50 ans; douleurs fulgurantes. Pendant 10 mois on constata une exagération notable, qui persista jusqu'à la mort, du phénomène du genou à gauche, et son absence complète à droite. — *Autopsie* : Moelle lombaire supérieure : légère dégénérescence de la zone radiculaire de Westphall à droite ; légère dégénerescence bilatérale des faisceaux pyramidaux croisés, beaucoup plus accusée à gauche dans la moelle lombaire supérieure.

2° Femme de 35 ans ; signe de Romberg ; les phénomènes du genou manquent des deux côtés ; trois mois plus tard, le réflexe patellaire droit reparaît, 3 jours après une attaque paralytique et persiste, variable, jusqu'à quelques jours avant la mort ; le réflexe gauche manque constamment. — *Autopsie* : Moelle cervicale : légère hypertrophie conjonctive dans les F. Py. C. et D. des deux côtés ; plusieurs hémorrhagies dans la corne postérieure droite. Moelle dorsale : D 5 à D 7, dégénération symétrique, en virgule, dans les deux cordons postérieurs. Moelle lombaire : hémorrhagies dans la corne postérieure gauche ; dégénération diffuse très légère des deux cordons postérieurs.

3° Homme de 38 ans; les réflexes patellaires varient d'abord par périodes d'un mois environ ; puis, pendant les 3 derniers mois, ils

demeurent très accusés à droite et nul à gauche.— *Autopsie* : Dégénération diffuse des cordons postérieurs, légère, dans la moelle cervico-dorsale, plus accusée dans la moelle lombo-sacrée ; à ce niveau et mieux encore un peu plus haut, la dégénération plus accusée à gauche et les fibres allant à la colonne de Clarke manquent presque complètement. Au Marchi, les faisceaux pyramidaux croisés présentent une dégénération récente très légère, qui échappe au Pal, tandis que les cordons postérieurs paraissent sains.

L'auteur remarque que dans les cas I et III, il y avait dans la moelle lombaire supérieure, du côté où manquait le réflexe patellaire de la dégénération de la zone de Westphall (« zone de pénétration des racines »), incomplète mais plus accusée que du côté opposé. Il rappelle à cette occasion un cas d'Achard et Lévi : tabes, conservation des réflexes patellaires ; dégénération des cordons postérieurs bien accusée mais respectant la zone de pénétration des racines. Il rapproche le II[e] cas du cas de Pick et de Nonne et pense avec ces auteurs que la dégénération des cordons postérieurs peut être quelquefois assez légère pour permettre le retour du réflexe patellaire sous l'influence d'une cause exagérant les réflexes ; la dégénération quelque légère qu'elle fût, était pourtant plus avancée à gauche (côté où manquait le réflexe.) Ch. Bonne.

VII. — **Tabes dorsalis und das Kniewinkelphaenomen (T. d. et le phén. de l'angle du genou)**; par J. G. Orschansky, de Charkow. (*Neurol. Centralbl.*, XXV, fas. 9, p. 401 à 405.)

Tabétique couché sur le dos ; d'une main on fixe un genou sur le plan du lit ; de l'autre on soulève le pied ; la jambe arrive à faire avec le plan horizontal un angle de 16 à 20°. Ce signe est constant quand il y a ataxie des membres inférieurs ; toujours plus accusé du côté où prédominent l'ataxie et les troubles du sens musculaire et la diminution du réflexe rotulien ; peut être masqué par les hyperostoses fémoro-tibiales ; coïncide souvent avec la possibilité de mouvements forcés d'abduction de la jambe, la cuisse étant fixée, et avec une mobilité anormale de la rotule.

L'A. l'a rencontré dans quelques cas de myélite chronique, associé à la paralysie et à l'atrophie musculaire et à la perte des réflexes tendineux et aponévrotiques; — chez des enfants atteints de paralysie infantile à forme hémiplégique ou de rachitisme grave. En général tous les états spastiques s'opposent à sa production.

L'A. se demande si le trouble de la coordination ne dépend pas en partie des changements des conditions mécaniques du fonctionnement des articulations, par perte de l'élasticité des ligaments et des muscles, en faisant abstraction du trouble des sensations dues au fonctionnement (Signalempfindungen). Des tabétiques chez lesquels la laxité des tissus articulaires était corrigée par des

appareils appropriés présentaient plus de stabilité et marchaient avec plus d'assurance. CH. BONNE.

VIII. — **Tumor in der Marksubstanz der motorischen Zone (Armregion.) Zur Differentialdiagnose zwischen kortikalem und subkortikalem Sitz des Herdes.)** (T. **dans la subst. blanche de la z. m. (région du bras). Sur le diag. diff. du siege cortical ou sous-cortical du foyer)** ; par C. E. van VALKENBURG, de la clinique de Monakow, à Zurich (*Neurol. Centralbl.*, XXV, f. 13, p. 594 à 605, 1er juillet 1906.)

Femme de 30 ans ; en 1903, attaques d'épilepsie jacksonnienne commencant par des convulsions des 4e et 5e doigts de la main droite, qui s'étendaient à tout le membre avant la perte de consance. En 1904, parésie du bras droit. En 1905, cessation des grandes attaques avec perte de connaissance, des maux de tête, des vertiges, etc. : les convulsions restaient localisées au membre supérieur droit et même à un seul de ses segments. En mai 1905, légère atrophie musculaire générale du bras droit ; tous les mouvements volontaires sont limités ; aux mouvements passifs on ne percoit pas de résistance. Jusqu'en décembre les convulsions du membre supérieur droit persistèrent, limitées le plus souvent aux muscles de l'épaule, plus rarement à ceux des doigts. Paralysie du grand dentelé droit, qui s'améliora spontanément dans la suite. A partir d'octobre, à plusieurs reprises, on observa de l'étranglement des papilles, du nystagmus, de la protusion de l'O. D. De plus, la sensibilité de la main droite à la chaleur était légèrement diminuée ainsi que le sens musculaire et la steréognosie. La sensibilité au contact et à la douleur était normale.

On posa le diagnostic de « foyer sous-cortical limité de Fa gauche. Une opération, suivie de succès fit effectivement découvrir dans la substance blanche de Pa une tumeur (sarcome à cellules fusiformes) qui se prolongeait en avant et dépassait même légèrement la limite antérieure de Fa au niveau du pied de F2, c'est-à-dire, en effet, du centre du membre supérieur. Voici les éléments principaux du diagnostic topographique :

Siège dans la région rolandique, à l'exclusion de la région frontale qui, d'après Dieulafoy, pourrait donner des symptômes d'épilepsie jacksonienne semblables : Parésie persistante et limitée du membre supérieur droit ; convulsions toujours limitées à ce membre ; dans le cas de Dieulafoy, en effet, les convulsions commençaient tantôt par le bras, tantôt par la face.

Siège sous-cortical. — Dans le type jacksonien pur, les convulsions commencent régulièrement par le même groupe musculaire parétique ; la lésion en foyer met tout d'abord un centre en activité, puis, successivement, tous les centres voisins. Dans le cas de l'A. les convulsions commencèrent d'abord par les doigts, puis par

l'épaule, le bras ou l'avant-bras, et souvent, simultanément par deux segments, surtout l'épaule et les doigts ; beaucoup de petites attaques furent de simples monospames du bras droit ; quand les convulsions ne s'étendaient pas immédiatement à tout le membre, elles se propageaient, non pas régulièrement d'un groupe musculaire au groupe voisin, mais irrégulièrement, sautant un segment ou un autre, qui alors n'entrait en contractions spastiques qu'après tous les autres. Dans certaines attaques, l'excitation partie de la lésion trouvait, dans son cheminement dans le cortex, certains centres inexcitables, c'est-à-dire incapables de conduire en sens centrifuge l'excitation reçue. Il fallait donc attribuer à la lésion en foyer un siège extracortical (différences avec le type jacksonnien vrai) et tel qu'elle pût exciter l'écorce d'une facon diffuse (monospasme du membre) et diminuer ou supprimer l'excitabilité des centres particuliers de la zone du membre supérieur, probablement par compression jointe à la réaction des parois du crâne: une lésion dans la substance blanche, excitant l'écorce par sa face profonde (von unten) sans interrompre complètement la conduction vers la périphérie, remplissait au mieux toutes les conditions énumérées.

Siège primitif dans les circonvolutions centrales, à l'exclusion de celles situées en arrière, et notamment dans Fa : légèreté et courte durée des troubles de la sensibilité, d'après Monakow (*Gehirnpathologie*, 1905, et F. Müller, les foyers limités à Fa ne donnent pas de troubles de la sensibilité. Chez le singe, Brodmann (1905), à vu l'ablation de Fa ou de Pa suivie des mêmes troubles graves de la sensibilité, mais ce résultat, contraire aux vues de l'A., paraît à celui-ci sans valeur parce que la sensibilité a été examinée trop tôt (5 et 6 jours) après l'opération. Ch. BONNE.

IX. — **Akute Encephalitis und apoplektische Narbe des Kleinhirns. (Enc. aiguë et cicatrice apop. du cervelet)**; par F. VITTE, de Grafenberg. (*Neurol. Centralbl.* XXV, f. 16. p. 748 à 753, 16 août 1906.)

Homme de 75 ans, nombreuses lésions viscérales, profond affaiblissement intellectuel. Les seuls symptômes nerveux consistaient en tremblement de la parole sans troubles de l'articulation et en une démarche chancelante sans lancement des jambes, le corps étant penché en avant et à droite. Mort en 2 jours d'une pneumonie réduite à peu près à ses signes physiques, sans aucun phénomène nerveux nouveau.

L'intérêt du cas réside dans la gravité de l'encéphalite et dans le mode de généralisation de l'infection.

L'A. rattache les signes nerveux mentionnés plus haut à l'ancienne hémorrhagie de l'hémisphère cérébelleux droit. Il décrit, d'une facon peut être un peu confuse, les lésions histologiques et leur topographie ; nombreux foyers de la moitié droite du pont et

du bulbe. Hémisphères cérébraux sains sauf aplatissement des circonvolutions et dilatation des ventricules. Au microscope, lésions chroniques de l'écorce cérébrale « habituelles dans la démence artério-scléreuse », notamment épaississement hyalin des parois des artérioles, et prolifération névroglique tout autour ; lésions semblables dans le pont, le bulbe et le cervelet et, de plus, nombreuses thromboses récentes : leucocytes polynucléaires et amas de pneumocoques ; peu d'hémorrhagies dans les gaines lymphatiques.

L'A. fait remarquer que le pneumocoque, cause fréquente de lepto-méningites et d'abcès cérébraux, a été moins souvent rencontré dans des encéphalites telles que celle qu'il rapporte. Il cite quelques cas dans lesquels l'infection se serait faite par les lymphatiques et conclut qu'elle peut également se propager par les vaisseaux sanguins. Ch. BONNE.

X. — **Sur une localisation de fonction cérébrale ; réponse au Dr Shan Bolton**, par Alfred W. CAMPBELL. (*The Journal of mental Science*, janvier 1907.)

Ce travail a pour objet de réfuter sur un point particulier un travail du Dr Shaw Bolton. Nous jugeons préférable de ne l'analyser que lorsque nous donnerons l'analyse du très important travail de M. Bolton, qui est en cours de publication depuis deux ans dans le *Journal of mental Science* et n'est pas encore terminé. R. M. C.

XI. — **Tumeurs du corps calleux** ; par RAYMOND, LEJONNE et LHERMITTE. (*L'Encéphale*, 1906, n° 6.)

Communication faite au Congrès de Neurologie de Lille, 1906 ; dont on trouvera le résumé dans les *Archives de Neurologie*, 1906, n° 129, p. 204. F. T.

XII. — **Recherche sur la dégénérescence de la moelle** ; par MARINESCO et MINEA. (*Nouv. Icon. de la Salp.* 1906, n° 5.)

Résumé bibliographique de la question et exposé de recherches personnelles expérimentales et anatomo-pathologiques. Il n'y a pas de différences sensibles, au point de vue des résultats observés, entre les sections expérimentales et les compressions pathologiques de la moelle épinière ; dans les deux ordres de faits il se produit une régénérescence suivant un double processus ; d'une part accroissement des fibres anciennes, d'autre part formation de nouvelles fibres qui se multiplient par des ramifications successives et de plus en plus minces. Ces fibres néoformées doivent leur nutrition à des cellules spéciales qui apparaissent en colonies au niveau des sections nerveuses et par leurs propriétés chimiotaxiques attirent à elles les jeunes fibres nerveuses et les nourrissent ; ces cellu-

les, dont le rôle apparaît important dans les processus de régénération nerveuse, ont reçu le nom de « cellules apotrophiques ». Malgré ces efforts combinés la moelle ne reprend pas ses fonctions et les paralysies persistent jusqu'au dernier moment ; il y a donc régénérescence anatomique sans restauration fonctionnelle ; c'est que dans le trajet qu'ils ont à parcourir le faisceaux et les fibres de nouvelle formation n'arrivent pas à rétablir des connexions utiles.

F. TISSOT

XIII. — **De l'influence de la section expérimentale des racines postérieures sur l'état des neurones périphériques. Contribution à l'étude des fibres centrifuges des racines postérieures** ; par ROUX et HEITZ. (*Nouv. Icon. de la Salp.* 1906, n° 4.)

Ces auteurs ont expérimenté sur le chat : la section des racines postérieures produit des réactions bien différentes dans les deux prolongements de la cellule ganglionnaire ; le prolongement périphérique, moins fragile, dégénère seulement dans sa portion terminale selon le type Wallérien ; le prolongement central subit un processus d'atrophie rétrograde jusqu'au voisinage de la cellule. Les recherches ont mis en évidence l'existence, dans les racines postérieures, de fibres myéliniques à trajet centrifuge. Il est impossible de partager l'opinion de Koster que la section expérimentale des racines postérieures détermine des altérations des nerfs périphériques et des ganglions semblables à celles du tabes; la différence n'est pas seulement dans l'évolution ; tandis, en effet, que le processus tabétique apparaît comme essentiellement chronique, le processus de section expérimentale est beaucoup plus aigu ; elle est aussi dans la nature des lésions ganglionnaires décrites dans le tabes ; dans les nerfs périphériques et les racines postérieures l'atrophie simple à type segmentaire du tabes n'a rien de commun avec la névrite expérimentale qui est une dégénérescence wallérienne (les fibres dégénérées à type wallérien sont rares dans le tabès).

F. TISSOT

XIV. — **Epilepsie et stupeur symptomatiques d'un glio-sarcome du lobule sphénoidal chez un chien**; par MARCHAND et PETIT. (*Nouv. Icon. de la Salp.* 1906, n° 5.)

Les accidents constatés doivent être rapportés à l'excès de pression intracérébrale développé par la présence de la tumeur.

F. TISSOT.

XV. — **Phlébite infectieuse du sinus caverneux** ; par YERSIN. (*Rev. med. de la Suisse Romande*, 1906, n° 8.)

Relation d'un cas de phlébite du sinus caverneux qui put être diagnostiqué pendant la vie grâce à la netteté de ses symptômes.

Il s'agit d'une jeune fille chez laquelle le frottement d'une paire de lunettes détermina un petit abcès à la racine du nez. Malgré l'incision de cet abcès on nota le lendemain une augmentation de la fièvre et un vomissement. L'œdème de la paupière supérieure de l'œil droit s'accru rapidement et quelquesveinules dilatées serpentaient sous la peau. La conjonctive faisait en outre saillie entre les paupières, et le globe de l'œil était légèrement projeté en avant.

Le troisième jour,il survenait un léger délire et la température s'élevait à 41°.

Le 4e jour, on constatait une hémiplégie faciale et la persistance des phénomènes généraux ; la mort eut lieu le 6e jour.

A l'autopsie du crâne,on trouva les sinus caverneux et le sinus circulaire remplis d'une masse crémeuse, purulente, mélangée de sanie. Il n'y avait pas de thrombus organisé,ni d'abcès du cerveau. L'hémiplégie faciale était probablement la conséquence des petits amas purulents qui tapissaient les méninges au niveau de la fosse cérébrale moyenne. G. DENY

XVI. — **Quelques types de plaies pénétrantes du crâne par les projectiles modernes** ; par MATIGNON.(*Nouv. Icon. de la Salp.* 1906, n° 5.) F. TISSOT.

XVII. — **Sur les rapports des réflexes cutanés avec la sensibilité** ; par NOICA. (*Journ. de Neurologie*, 1906, n° 24.)

On sait que les auteurs sont divisés sur la question de savoir si ce sont les mêmes éléments nerveux ou des éléments différents qui servent à la conductitibilité de la réflectivité cutanée et de la sensibilité générale. Les deux faits que rapporte l'auteur viennent à l'appui de la seconde opinion :

Il s'agit dans le premier cas d'un jeune homme qui fut atteint de paraplégie spasmodique à la suite d'un coup de baïonnette qui le blessa au niveau de la 4e vertèbre dorsale. Un an après l'accident, il existait encore, outre la paralysie des membres inférieurs, une perte complète de la sensibilité générale dans tous ses modes et une intégrité de tous les réflexes cutanés sauf les crémastériens.

D'autre part chez un malade auquel on avait injecté deux centigr. de cocaïne dans le canal rachidien on a constaté,quatre minutes après l'injection, une abolition de tous les réflexes cutanées avec conservation de la sensibilité superficielle et profonde ainsi que des réflexes tendineux.

De ces deux faits l'auteur conclut à l'existence de voies de conduction différentes pour les réflexes cutanés et pour la sensibilité générale, conformément à l'opinion de Ferrannini. G. D.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

I. — Anatomie pathologique et pathologie de l'épilepsie ; par John TURNER. (*The Journal of mental Science*, janvier 1907.)

L'auteur fait connaître dans ce travail les résultats de l'examen microscopique du système nerveux dans quarante et un cas d'épilepsie idopathique ;ces données servent de base à la thèse qu'il soutient, à savoir : que l'épilepsie est une maladie qui survient chez les sujets atteints d'une défectuosité du système nerveux,soit congénitale,soit involutionnelle, et chez lesquels il existe aussi un état anormal du sang, caractérisé par une tendance spéciale à la coagulation intra-vasculaire, et que les attaques, qu'il s'agisse du *grand mal* ou du *petit mal*, ont pour cause déterminante une stase soudaine du courant sanguin, dans une portion (généralement limitée) de l'écorce cérébrale, stase due aux caillots intra-vasculaires ci-dessus indiqués.

Dans les conclusions suivantes, il résume les preuves de l'influence de la stase ou anémie cérébrale sur la détermination des phénomènes convulsifs.

1° *Ligature des artères cérébrales chez les animaux.* — Astley Cooper lie les deux carotides chez un lapin et comprime les deux artères vertébrales ; il en résulte un spasme immédiat. En 1857, Kussmaul et Tenner constatent que, chez le lapin, en liant brusquement la sous-clavière gauche et le tronc innominé, on provoque des convulsions généralisées dans un délai de 3 à 45 secondes.

Il n'y a pas de différence essentielle dans les symptômes quand l'apport artériel est supprimé et quand le courant veineux est interrompu. En liant la veine cave supérieure et la veine azygos,les veines de la moelle et du canal vertébral, Hermann et Escher ont obtenu un spasme typique, survenant toutefois un peu plus tardivement.

Ferrari injecte de la cire dans les sinus veineux et lorsque tous les sinus sont bouchés, une crise épileptique survient.

Léonard Hill déclare qu'il a répété les expériences de Kussmaul et Tenner et que *presque tous* les lapins sont morts de la manière indiquée par ces auteurs : des chats sont morts exactement de la même manière dans la proportion de 40 %.

2° *Compression des carotides chez l'homme.* — Kussmaul et Tenner ont comprimé les deux carotides chez six hommes. Chez deux seulement, — et *ces deux là, disent-ils, étaient des faibles d'esprit,* — la compression a donné lieu à des spasmes généralisés et à tous les phénomènes d'une attaque légère d'épilepsie. Schiff, on compri-

mant sa propre carotide, a provoqué des spasmes du côté opposé du corps, spasmes précédés d'une sensation d'engourdissement et de fourmillements. L. Hill a provoqué deux fois sur lui-même des spasmes cloniques en comprimant l'une des carotides, et déclare que « l'occlusion brusque d'une carotide produit le déroulement d'un spasme épileptique précédé d'une aura ».

3° *Injection intra-veineuse de substances huileuses.* — On sait depuis bien des années que l'injection intra-veineuse d'absinthe donne naissance à des crises épileptiformes.

L. Pierce Clark dit que Joffroy a pu provoquer des convulsions chez le lapin, au moyen d'injections de furfurol, mais seulement dans la proportion de 69 fois sur 97 lapins injectés.

L'auteur lui-même a vu se produire des convulsions épileptiformes bien accusées chez un lapin deux jours après une injection intra-veineuse d'essence de girofle. Toutes ces expériences démontrent que des convulsions simulant les convulsions de l'épilepsie *peuvent* être provoquées par une stase soudaine de la circulation cérébrale, mais elles démontrent en même temps la nécessité d'un facteur autre que la stase, sans quoi ce ne serait pas seulement dans deux des cas de compression de la carotide de Kussmaul et Tenner, et dans 71 % seulement des cas de Joffroy, mais bien dans tous, que l'on aurait vu apparaître l'état convulsif. L'auteur pense que cet autre facteur est un état approprié des cellules nerveuses, et probablement un état d'extrême instabilité, tel qu'on peut s'attendre à le rencontrer dans des formes organiques en quelque sorte inachevées.

M. Turner croit avoir démontré que dans les cas qui servent de base à son travail, 70 % présentaient une structure défectueuse, et 90 %, sous la forme de thrombus, un état du sang capable d'agir à la manière d'un facteur déterminant des convulsions. Si l'on admet provisoirement l'exactitude de cette hypothèse, un grand nombre de phénomènes demeurés jusqu'ici isolés et sans corrélation connue peuvent se grouper sous une seule et même cause. L'enchâssement de thrombus dans les capillaires expliquerait la dégénérescence en plaque des cellules nerveuses ; leur enchâssement dans les petits vaisseaux ou l'obstruction des vaisseaux plus gros, par un mécanisme analogue, rendrait compte des aires isolées de sclérose et d'atrophie, et l'auteur estime que l'obstruction veineuse pourrait aboutir à la formation d'angiomes, et cliniquement, que l'état particulier du sang qui crée cette tendance à la coagulation rapide (mais non massive) expliquerait la facilité avec laquelle les plaies guérissent chez les épileptiques.

Les divers phénomènes qui remplacent quelquefois les crises convulsives, les attaques du *petit mal* et les faits que l'on désigne sous le terme d' « équivalents psychiques de l'épilepsie » ne sont pas sérieusement en désaccord avec la théorie ; suivant le mécanisme

du thrombus intra-vasculaire, il ne faut pas oublier certaines conditions qui influent réciproquement les unes sur les autres ; d'abord le siège du caillot, qui peut correspondre à une zone silencieuse ou explosive de l'écorce. Dans le premier cas, on conçoit que les phénomènes prendront le caractère du *petit mal* ou se traduiront par des équivalents épileptiques.

En second lieu, il faut tenir compte de l'intensité du stimulus et de la rapidité de son application ; car on ne peut pas supposer qu'un thrombus de volume très faible, n'intéressant qu'une aire capillaire corticale très limitée puisse produire, toutes choses égales d'ailleurs, des effets aussi accentués qu'un thrombus volumineux supprimant l'afflux sanguin d'un territoire cortical plus étendu et des caillots placés de facon à n'obstruer qu'un seul vaisseau auront des effets bien moins marqués que ceux qui, en bouchant complètement plusieurs vaisseaux, empêchent brusquement et complètement l'afflux sanguin. En troisième lieu, et c'est probablement ici le point le plus important, il faut avoir égard au degré plus ou moins prononcé de défectuosité initiale des tissus cérébraux, degré suivant lequel l'équilibre des cellules nerveuses variera de telle facon que les unes seront incomparablement plus susceptibles que les autres de répondre sous une forme explosive à la stimulation. Il est possible aussi, en ce qui concerne ce facteur, que, à certains moments et dans certains cas particuliers, les cellules nerveuses soient particulièrement irritables, si bien que dans un cas la stase provoquera une crise unique, alors que dans un autre elle donnera naissance à une série de crises, voire même à l'état de mal.

Sauf dans les cas qui se compliquent de maladies générales inflammatoires ou de paralysie générale, l'auteur a constaté que, dans les autres formes d'aliénation mentale, on ne rencontrait pas communément les thrombus qu'il a décrits dans l'épilepsie.

Cependant ils s'observent quelquefois en grande quantité surtout parmi les imbéciles, chez lesquels on n'a jamais constaté d'épilepsie. Ce fait pourrait être considéré comme en désaccord avec la théorie soutenue par l'auteur ; mais celui-ci se demande à ce propos quel est l'aliéné que l'on ne peut pas considérer comme un épileptique en puissance. Il pense qu'un grand nombre de fous, et particulièrement ceux qui présentent des défectuosités congénitales, rentrent dans cette catégorie d'épileptiques virtuels, par le fait qu'ils portent en eux quelques-uns des facteurs, mais non tous les facteurs qu'ils a indiqués comme générateurs de l'épilepsie, quelquefois c'est l'état indispensable du système nerveux qui manque ; d'autres fois, ce sont les qualités du sang nécessaires à la genèse de l'épilepsie qui font défaut.

L'expérience de l'auteur, — et il pense qu'elle est d'accord avec celle de tous ceux qui ont observé des malades présentant des dé-

fectuosités mentales,— lui a montré que les malades de cette catégorie, alors même qu'on ne leur a jamais connu d'attaques, peuvent être pris de crises épileptiques à n'importe quel moment ; quelquefois ils atteignent le milieu de la vie sans en avoir eu une seule ; d'autres fois pendant leur vie tout entière, ils n'auront qu'une seule crise ou une seule série de crises.

C'est aussi un fait très commun de voir apparaître l'épilepsie chez les aliénés âgés. Ces cas sont intéressants en ce que le mécanisme de leurs crises convulsives reconnaît ici encore deux facteurs tout comme dans l'épilepsie idiopathique, et ces deux facteurs sont, d'abord, l'état d'instabilité des cellules nerveuses, la dissolution sénile du système nerveux, et ensuite un état de stase ou d'anémie cérébrale résultant des lésions artérielles. Dans plusieurs cas où M. Turner a pu faire l'autopsie, il a constaté la présence d'une endartérite oblitérante.

Ce très important et très intéressant travail, qui contient de très nombreuses observations et plusieurs planches, se termine par une note additionnelle consacrée aux recherches de l'auteur sur la coagulabilité du sang chez les épileptiques.

R. de MUSGRAVE-CLAY.

II. — **Nackenkrampf als Analogon zum Schreibkrampfe (crampes de la nuque comme analogues à la crampe des écrivains)**; par P. NAECKE, d'Hubertusburg, (*Neurol. Centralbl.* XXV, fasc. 9, p. 405 à 407.)

Auto-observation. L'A. présentait depuis 2 ans un degré léger de crampe des écrivains quand survinrent des contractures des muscles de la nuque qui se répétèrent 6 fois seulement en 2 ans, à l'occasion de lectures prolongées : la tête se tournait à gauche en s'inclinant un peu ; le menton était reporté à droite. L'A. pense que, outre le spinal, plusieurs nerfs cervicaux étaient intéressés : il cite l'opinion de Bernhardt qui mentionne la « crampe de l'accessoire » dans l'hystérie, l'épilepsie, et celle de Binswanger qui la donne comme assez fréquente dans la neurasthénie. CH. BONNE.

III. — **Un cas d'ophtalmoplégie unilatérale totale et complète avec cécité du même côté** ; par BOUCHAUD. (*Journ. de Neurologie*, 1906, n° 21.)

Observation d'un malade qui a présenté successivement de la céphalalgie, surtout nocturne, des vomissements, une série d'ictus, et finalement une paralysie de tous les nerfs moteurs de l'œil droit avec cécité complète. Tous ces accidents ont été rattachés à une méningite héréditaire d'origine spécifique limitée au côté droit. En faveur de ce diagnostic on peut invoquer les résultats obtenus par le traitement mercuriel sous l'influence duquel on constata la disparition rapide et complète de la céphalalgie et de la paralysie des

divers muscles de l'œil. Seule, la cécité persista sans modifications, sans doute parce que le nerf optique était plus gravement atteint que les autres nerfs. L'examen ophtalmoscopique a en effet établi que l'affaiblissement graduel de la vision était dû à une atrophie blanche de la pupille qui, légère au début, est devenue rapidement totale.

Cette atrophie,qui est le signe d'une altération profonde du nerf optique semble indiquer que l'inflammation des méninges s'est propagée à l'origine de ce nerf et s'est ensuite étendue sous forme de névrite interstitielle, à la pupille.Ce processus inflammatoire s'est limité au nerf optique droit,le chiasma n'a pas été envahi et le nerf optique du côté gauche est resté indemne. G. D.

IV.— **Ueber Hyperæsthesie der peripherischen Gesichtsfeldpartien (sur l'hyp. des portions per. du champ visuel)** ; par A. Pick, de Prague. (*Neurol. Ctrbl.*, XXV, fas. 11, p. 498 à 501, 1er juin 1906.)

L'*hypoesthésie* périphérique, seule étudiée jusqu'ici à l'état normal ou pathologique,serait en quelque sorte providentielle, quelle que fût son origine, rétinienne ou, bien plus vraisemblablement, cérébrale. Elle permet au sujet de reporter toute son attention sur les objets situés dans le champ de la vision distincte. Que la périphérie du champ devienne plus sensible que normalement, le malade se plaindra d'être aveuglé « par la trop grande quantité de rayons qui pénètrent dans l'œil ». Effectivement il percevra avec la même netteté les objets qu'il regarde et le grand nombre de ceux situés à la périphérie du champ,qu'il ne regarde pas. L'A.rapporte un autre cas, moins convaincant, où, chez une débile, le même trouble physiologique aurait abouti à des idées de persécution ; en tout cas, les deux champs visuels étaient beaucoup plus étendus que normalement pour le blanc et pour les couleurs.

Ch. Bonne.

V. — **Zum bulbaeren Syndrom : Dissoziation der Sinne in Verbinding mit cerebellar-ataktischen Störungen (Sur le syndrome bulbaire : diss. des sensibibilités, conjointement avec des troubles cérébello-ataxiques)**; par E. Henschen, de Stockholm (*Neurol. Centralbl.*, XXV, f. 11, 2 fig., p. 502 à 513, 1er juin 1906.)

Observation très importante pour la systématique bulbaire, malgré l'absence d'autopsie, à cause de ses étroites analogies avec celle de Babinski et Nageotte, suivie de vérification et rapportée comparativement par l'A.

Homme, 43 ans ; pendant trois ans au moins présenta plusieurs symptômes bulbaires qui ne varièrent que très peu et dont voici les principaux :

Domaine du trijumeau gauche : perte complète de la sensibilité à la douleur, au chaud et au froid ; conservation de la sensibilité tactile ; portion motrice du nerf intacte. *Moitié droite du tronc et membres droits* : même dissociation syringomyélique.

Ataxie peu prononcée, nettement cérébelleuse : connaissait exactement la situation et la position de ses membres ; le sens musculaire était conservé ; mais la démarche était oscillante : il penchait et tombait souvent à gauche.

Nerfs craniens. — Odorat très affaibli à gauche à cause de l'anesthésie du V. ; légère parésie de l'abducens et nystagmus de l'O.G. La pupille et la fente palpébrale gauches sont plus petites qu'à droite ; le réflexe cornéen manque ; abolition du goût sauf pour les saveurs amères ; pouls rapide ; paralysie du récurrent droit (peut-être due à un anévrysme concomitant de l'aorte, ou à une lésion du noyau spinal du XI ou du noyau ambigu du X (Wallenberg).

Localisation probable de la lésion . Moitié gauche du bulbe : dissoc. croisée avec paralysie de V, VI et XI ; — ne dépasse pas en haut l'extrémité supérieure du noyau sensitif du V et du noyau du VI : intégrité de III, IV et V moteur ; -- s'étend en bas jusqu'à un niveau impossible à préciser du noyau moteur du X ; — sectionne les *fibres olivo-cerébelleuses* (de l'olive bulbaire au noyau denté) qui cheminent au voisinage immédiat de la racine descendante du V : troubles cérébello-ataxiques que Babinski et Nageotte, l'A. lui-même en 1890, Rossolimo, avaient déjà rattachés à la lésion de ces fibres.

Dans 8 cas antérieurs semblables, l'ataxie coïncidait avec une dissociation croisée de la sensibilité ; la lésion était donc toujours très limitée. De plus, comme dans la moelle, les fibres intervenant dans les sensations de température et de douleur, cheminent dans le bulbe à côté les unes des autres, et en arrière et en dehors des olives.

Les troubles oculo-pupillaires notés dans le cas de l'A. et dans celui des auteurs français cités s'observent, suivant la remarque de ces derniers, après la section du sympathique cervical, la piqûre du bulbe ou l'hémisection homomère de la moelle cervicale.

L'A. discute encore la pathogénie du nystagmus (lésion du noyau de Deiters) ; — des troubles du goût, et, à propos de ceux-ci, le trajet central des fibres de la corde : leur noyau serait dans le voisinage immédiat du noyau sensible du V et, par conséquent distinct de celui des fibres gustatives du tiers postérieur de la langue : — des symptômes de vertige de Ménière (vertige rotatoire, sensations auditives subjectives, vomissements) présentés par le malade : excitation des nerfs vestibulaire ou cochléaire ou du noyau de Deiters. Il rapporte ensuite, mais très brièvement, un cas qu'il rapproche du précédent et également sans autopsie.

Ch. Bonne.

VII. — **Die Prognose der Tetanie der Erwachsenen.** (**Le pronostic de la t. des adultes**); par L.V.Frankl-Hochwart,de Vienne. (*Neurol. Centralbl.*, XXV, f. 14, p. 642 à 651, 16 juillet,et f. 15, p. 694 à 704, 1er août 1906.)

L'A. élimine la tétanie strumiprive,la tétanie gastrique,la tétanie dans les empoisonnements et la tétanie des maladies infectieuses fébriles : dans une monographie (1891),il montra que cette dernière forme ne s'observe que dans les villes où la tétanie est endémique (Vienne, Heidelberg), à peu près exclusivement pendant une certaine saison (février à mai) et chez certaines catégories d'individus qui y paraissent particulièrement sujets, notamment les tailleurs et cordonniers de 15 à 25 ans. Il s'en tient à deux formes endémo-épidémiques, la tétanie de la maternité et la tétanie des manouvriers. D'une enquête méticuleuse qui porta sur 55 des 160 cas autrefois examinés et décrits par l'A., celui-ci conclut que le pronostic est beaucoup plus grave qu'il ne l'avait pensé lui-même, déjà plus pessimiste que tous les autres nosographes. Les observations sont rapportées *in extenso*,groupées suivant leur affinités évolutives. Mais qu'appeler *tétanie chronique* ? Il est rare que les accès se produisent pendant plusieurs années tous les jours où à peu près;le plus souvent,ils n'apparaissent que dans certains mois (surtout février à mai), et, dans les périodes intermédiaires, il y a souvent des paresthésies, des signes de myxœdème, plusieurs ou la totalité des signes de la triade (voir plus bas); ces cas pourraient être considérés aussi bien comme des formes à récidives aiguës.

Quant à la *symptomatologie*, le signe de Trousseau (que l'A. recherchait en comprimant le plexus brachial) manque dans un tiers des cas, mais il serait pathognomonique ; tout au plus, dans l'hystérie, pourrait-on quelquefois parler d'un « pseudo-Trousseau » ; il coexiste souvent mais non toujours avec la surexcitabilité galvanique des nerfs « sensitifs et sensoriels » (signe d'Erb) ; la surexcitabilité faradique n'est pas constante ; elle peut même manquer quand il y a surexcitabilité galvanique, surtout dans la tétanie chronique. Le signe de Chvostek (percussion du facial en avant de l'oreille : secousses de tous les muscles de la face, ou des muscles de l'aile du nez et de l'angle de la bouche, ou de ces derniers seulement) est presque constant dans la tétanie aiguë, peu accusé ou absent dans la tétanie chronique ; on peut le rencontrer chez des sujets sains, dans la neurasthénie, l'hystérie, l'épilepsie, etc. Le signe d'Hoffmann (percussion d'un tronc nerveux : sensations irradiées dans le domaine de ce nerf) n'est pas constant et surtout pas caractéristique.

L'*évolution* fut assez variable ; sur 55 malades, 11 moururent relativement jeunes ; des 41 survivants examinés par l'A. 9 seulement furent trouvés en parfait état de santé ; 7 étaient atteints de

tétanie chronique ; 19 présentaient des états tétanoïdes ; 6 étaient dans un état rappelant le myxœdème. Ch. Bonne.

VII. — **Epilepsie mit Halbseitenerscheinungen. (Ep. à symptomes unilatéraux)**; par Bratz et Leubuscher, de Wuhlgarten, Berlin. (*Neurol. Centralbl.* XXV, f. 16, p. 738 à 741, 16 août 1906.)

Homme mort en crise en 36 ans, observé depuis l'âge de 23 ans, à « lourde hérédité »; 1re crise à 16 ans, sans perte de connaissance : il lui sembla que quelqu'un «le tournait à gauche». Dans les crises ultérieures, de fréquence très variable, parmi d'autres symptômes, chute à gauche, rotation des yeux à gauche au début des crises, secousses cloniques plus fortes à droite. Dans l'intervalle des accès, et surtout immédiatement après, les yeux étaient légèrement déviés à droite, comme si les muscles qui avaient participé à la déviation extrême à gauche étaient légèrement parésiés ; légère déviation de la langue à droite.

A l'autopsie pas d'autre lésion des centres nerveux que sclérose de la corne d'Ammon gauche, beaucoup plus dure et plus petite que la droite. Persistance du thymus ; exiguïté remarquable de tous les viscères, notamment du cœur et des gros vaisseaux.

Ch. Bonne.

VIII. —**Zur Aetiologie der progressiven spinalen Muskelatrophie. (Sur l'étiologie de l'atrophie musc. prog. spin.)**, par V. Vitek, de Prague. (*Neurol. Centralbl.* XXV, fasc. 16, p. 753 à 755, 16 août 1906.)

Homme. *Paralysie spinale infantile* à *droite*, à 4 ans : paralysie rapidement établie de tout le membre supérieur droit puis retour de quelques mouvements, mais l'écriture fut toujours impossible de la main droite; puis contractures qui ,à 16 ans, avaient fixé le bras en adduction, l'avant-bras et la main en flexion et pronation.

Atrophie musculaire progressive à gauche, à 28 ans, du type de Vulpian ; extension du bras vers la main.

Examen à 29 ans; quelques signes bulbaires: légère parésie du facial inférieur gauche, légère atrophie « du bord de langue »;muscles du cou plus faibles et plus flasques à auche.Atrophie considérable avec R. D. de tous les muscles du *membre supérieur droit*, des muscles du côté droit du thorax ; légère scoliose à concavité gauche.

Membre supérieur gauche.—Atrophie des deux tiers inférieurs du trapèze, des sus et sous-épineux, deltoïde, grand et petit rond, biceps ; atrophie moindre des rhomboïde, grand dentelé, grand pectoral, triceps, brachial antérieur avec R. D. partielle ou totale: motilité au prorata de l'atrophie et secousses fibrillaires.Muscles de l'avant bras et de la main normaux.

L'A. a trouvé dans la littérature une dizaine de cas analogues. Il suppose qu'une cause accessoire qui aurait échappé à l'attention du sujet (effort musculaire, refroidissement, infection) aurait agi sur les cornes antérieures gauches respectées par la poliomyélite de l'enfance, mais déjà en état de moindre résistance, et que, dans ces conditions, le processus inflammatoire atrophique se serait propagé de la moitié droite à la moitié gauche de l'axe gris.

Ch. BONNE.

IX. — **Sclérose en plaques et syphilis** ; par CATALA. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1906, n° 4.)

La question des rapports de la sclérose en plaques et de la syphilis est loin d'être résolue ; la plupart des auteurs nient ou contestent à la syphilis un rôle étiologique dans le développement de la sclérose, alors que toutes les autres infections sont susceptibles de la produire ; quelques-uns cependant ne lui dénient pas toute action. L'examen histologique ne semble pas devoir éclairer beaucoup le problème, attendu que des lésions que l'on considérait autrefois comme caractéristiques de la myélite syphilitique en plaques (destruction des éléments cellulaires et des cylindraxes, lésions vasculaires, dégénérescences secondaires) ne sont pas rares dans la sclérose en plaques vraie. Rien n'autorise donc à éliminer la syphilis de l'étiologie de cette affection. L'auteur apporte une observation de sclérose en plaques légitime avec autopsie chez un syphilitique, et une observation de myélite syphilitique à foyers disséminés réalisant les caractères histologiques de la sclérose en plaque vraie, et il conclut que la syphilis peut jouer un rôle important dans l'étiologie de la sclérose en plaques et qu'on est fondé à admettre une forme de sclérose en plaques syphilitique tout à fait comparable aux formes de n'importe quelle autre origine infectieuse.

F. TISSOT.

X. — **Deux cas d'hémorrhagie protubérantielle. Hyperthermie. Mort rapide** ; par MARIE et MOUTIER. (*Nouv. Icon. de la Salp.* 1906, n° 4.)

Dans les deux cas, début brusque, évolution rapide, myosis, hémiplégie sans anesthésie, contracture précoce, hyperthermie. En présence d'hémiplégie à début apoplectique, à marche rapide, s'accompagnant de myosis et de fièvre, il y a lieu de songer à une lésion mésocéphalique.

F. TISSOT.

XI. — **Poliomyélite diffuse subaiguë de la première enfance (amytrophie chronique d'origine spinale d'Hoffmann)** ; par Armand DÉLILLE et BOUDET. (*Nouv. Icon. de la Salp.*, 1906, n° 5.)

Affection fort rare, dont les autopsies publiées sont peu nom-

breuses. L'observation actuelle concerne un enfant de six mois chez lequel la maladie a évolué très rapidement. Sous le microscope, on a trouvé de l'atrophie musculaire simple, de l'atrophie des cellules radiculaires motrices, de la dégénérescence des racines antérieures et des nerfs moteurs. L'auteur passe en revue les quelques cas épars dans la littérature médicale, tous sont relatifs à des enfants de plus d'un an. F. TISSOT.

XII. — **Syringomyélie ou lèpre** ; par GAUSSEL et LÉVY. (*Nouv. Icon. Salp.*, 1906, n° 5.)

Observation d'un homme de 26 ans présentant de l'amyotrophie des membres et des placards cutanés érythémateux à bords brunâtres, où l'on constate la chute des poils et la dissociation syringomyélique de la sensibilité. L'amytrophie et les troubles de la sensibilité sont en faveur de la syringomyélie, les troubles cutanés appartiennent à la lèpre. Le diagnostic n'a pu être tranché par aucune investigation biopsique. F. TISSOT

XIII. — **Un cas d'acromégalie avec lésion de l'hypophyse et de la selle turcique** ; par GAUSSEL.(*Nouv. Icon de la Salp.*,1906, n° 4.)

Observation confirmant une fois de plus la loi de coïncidence anatomo-clinique entre l'acromégalie et l'altération du corps pituitaire. F. TISSOT.

XIV. — **Arthropathies séniles des doigts**; par PARISOT et ETIENNE. (*Nouv. Icon. de la Salp.* 1906, n° 4.)

Bien distinctes du rhumatisme noueux, les arthropathies séniles consistent essentiellement en un épaississement de la base des articulations phalangiennes, sans déviation des doigts, sans douleurs au niveau des jointures, sans contractures ni atrophies musculaires. L'étiologie et la pathogénie de cette arthropathie sont obscures, celle-ci semble être un trouble de trophicité osseuse et articulaire. F. TISSOT.

XV. — **Etude complémentaire sur un cas de gigantisme précoce. Contribution à l'étude de l'ossification** ; par HUDOVERNIG. (*Nouv. Icon. Salp.*, 1906, n° 4.)

L'observation a été publiée dans la *Nouvelle Iconographie*, 1903, n° 3. L'auteur rapporte aujourd'hui les résultats de l'opothérapie chez son malade en vue d'agir sur la débilité mentale et d'arrêter la croissance exagérée des os en cherchant à accélérer l'ossification. Or si l'hyperfonction hypophysaire active la croissance osseuse, l'augmentation de la sécrétion interne des organes génitaux accé-

lère le processus d'ossification. L'auteur avait cru possible de modérer la sécrétion hypohysaire et d'exciter la sécrétion génitale interne par l'intermédiaire de la thyroïde ; mais le traitement thyroïdien continué pendant vingt mois ne donna aucun résultat. Par contre l'usage de l'ovarine amena d'heureuses modifications : l'état psychique fut grandement amélioré l'hypophyse ne fut pas modifiée, mais l'ossification fit de remarquables progrès et le ralentissement de la croissance fut plus appréciable que pendant le traitement thyroidien. F. Tissot.

XVI. — **Agénésie totale du système radial** ; par Français et Egger. (*Nouv. Icon. Salp.*, 1906, nº 5.)

Le radius, le pouce et son métacarpien, le trapèze et le scaphoïde, les muscles qui s'insèrent à ces os, les vaisseaux et les nerfs qui s'y rapportent, semblent constituer un système anatomique et physiologique ayant vraisemblablement son origine dans un noyau spécial, le noyau radial; le non-développement de ce noyau produit l'agénésie du système embryologique correspondant.

F. Tissot.

XVII. — **Aphasie par surdité verbale** ; par Schwartz (*L'Encéphale*, 1906, nº 6.)

Observation clinique avec autopsie.

XVIII. — **Les aphasies musicales** ; par Ingegnieros. (*Nouv. Icon. de la Salp.* 1906, nº 4.)

Charcot est le premier à avoir établi les bases cliniques des amusies : il l'a fait dans cinq leçons qui ont été publiées en 1885 par une revue italienne et que l'on ne trouve pas dans l'édition française de ses œuvres. Ce point d'histoire valait d'être déterminé. Les centres du langage musical ne sont pas les mêmes que ceux du langage ordinaire ; dans les mêmes conditions anatomiques ou fonctionnelles de ces centres,les amusies présentent les mêmes variétés cliniques que les aphasies : comme pour celles-ci d'ailleurs les formes simples (surdité, cécité, agraphie, amusie musicales) sont rares, le plus souvent l'amusie est complexe, c'est-à-dire qu'elle comporte la suppression de plusieurs modes du langage musical. De même,en dehors de l'hystérie,les amusies pures sont rares en règle, il y a association aux aphasies, si intime est en effet la corrélation entre les deux modalités musicale et verbale du langage, au double point de vue psychophysiologique et pathologique. L'auteur termine en donnant une nouvelle nomenclature clinique des amusies et en disant quelques mots des perturbations diverses du langage musical (hypermusies, paramusies).

F. Tissot.

XIX. — **Sur un cas d'aphasie-apraxie**; par d'HOLLANDER. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1906, n° 129.)

Il s'agit d'un homme de 45 ans qui a succombé à une paralysie générale atypique, variété Lissauer, démontrée par l'examen histologique du cerveau. L'intérêt de cette observation réside surtout dans les symptômes de foyer présentés par le malade. Il était atteint à la fois, d'aphasie et d'apraxie motrices. Dans les derniers temps de sa vie en effet, il ne parlait plus, ne répétait plus aucun mot prononcé devant lui, était incapable d'écrire spontanément ou sous dictée, pouvait seulement copier péniblement une lettre ou un dessin, mais cependant avait conservé intact la compréhension des mots. Malgré cette absence de surdité verbale le malade était incapable d'exécuter correctement aucun des ordres qu'on lui donnait, ni de reproduire aucun de ceux qu'on accomplissait devant lui. Sa physionomie indiquait cependant d'une façon très nette qu'il avait compris ce qu'on lui demandait et que l'incapacité ou il était de le faire lui causait un réel dépit. L'inexécution des actes ou des gestes n'était donc pas due à l'état démentiel mais à cette incapacité spéciale à mouvoir les membres conformément au but proposé malgré la conservation de la motilité, que Liepmann a décrite sous le nom d'apraxie. G. DENY.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. — **Sur la combinaison des états dépressifs aigus avec processus psychiques obsédants** ; par SOUKHANOFF. (*L'Encéphale* 1906, n° 6.)

Association de mélancolie, sur le terrain d'un caractère scrupulo-inquiet, avec des obsessions, des hallucinations. L'auteur voit dans ce cas la combinaison de deux états psychopathologiques dont chacun aurait pu exister indépendamment de l'autre et il pose le diagnostic de mélancolie avec états psychiques obsédants. En France, nous dirions tout simplement : état mélancolique chez un dégénéré ; en effet, le malade de Soukhanoff semble n'être qu'un dégénérescent présentant des stigmâtes indiscutables (émotivité, obsessivité, aboulie, caractère scrupulo-inquiet) ; de plus, la psychose qui éclôt sur ce terrain ne paraît pas être de la mélancolie vraie, mais bien un état de dépression en rapport avec la nature des troubles épisodiques et survenu en même temps qu'eux à la suite d'un choc moral. F. TISSOT.

II. — **Délire des préjudices préséniles**, par PASCAL et COURBON. (*L'Encéphale*, 1906, nº 6.)

Syndrome mental dont Krœpelin fait une forme spéciale et qu'il range, avec la mélancolie, dans les psychoses d'involution, qui débute vers la cinquantaine, de préférence chez la femme,et qui se caractérise par des idées délirantes de préjudice, l'affaiblissement du jugement, l'exagération de l'irritabilité affective. Quoique progressif, l'affaiblissement intellectuel n'atteint jamais à la démence complète, il ne survient jamais de guérison ni même d'amélioration durable. Considérant les difficultés qu'il y a de différencier ce délire des préjudices avec les phénomènes délirants initiaux de la démence sénile, d'autre part de préciser des limites entre l'involution proprement dite et la sénilité, les auteurs proposent de regarder le délire des préjudices, non comme une entité morbide spéciale, mais comme une forme atténuée et prématurée de démence sénile.

F. TISSOT.

III. — **Les fugues dans la démence précoce. Revue générale** ; par DUCOSTÉ. (*L'Encéphale*, 1906, nº 6.)

Les caractères jusqu'ici attribués à la fugue (irrésistibilité, état de la conscience et du souvenir) sont loin d'être généraux, il semble qu'un seul possède les conditions de généralité qui convienne à une définition, c'est l'absence de motif, aussi la fugue serait-elle mieux définie a un accès de vagabondage sans motif » ; par là se trouvent éliminées les fuites exécutées sous l'influence de délire ou d'hallucinations. La connaissance des fugues dans la démence précoce a une double importance, psychiâtrique et médico-légale, survenant fréquemment en effet tout au début de l'affection, alors que le déficit intellectuel est peu évident.

L'auteur les classe en quatre catégories : fugues d'instabilité (crises de marche, de mouvement), fugues d'impulsion (semblables aux impulsions subites des épileptiques), fugues de déficit intellectuel(ce sont celles du début,elles se caractérisent par une apparence de but, la conservation de la conscience et du souvenir, des tentatives d'explication de la fugue), fugues de démence profonde (sans but, inconscientes, amnésiques).

Pour le diagnostic différentiel, se reporter à un travail du même auteur:« Les fugues dans les psychoses et les démences,»(*Archives de Neurologie*, 1907, nºs 1 et 2.) F. TISSOT.

IV. — **Ueber graphisch-kinaesthetische Halluzinationen. (Sur les hallucinations graphiques cinesthésiques)**, par Alexander MARGULIÉS, de Pragues. (*Neurol. Centralbl.*, XXV, f. 14, p. 651 à 654, 16 juillet 1906.)

Les hallucinations motrices graphiques sont particulièrement

rares (Séglas),car les images mises en jeu ont normalement peu de vivacité et sont le plus souvent liées étroitement aux images motrices phémiques.

Homme 18 ans, interné pour tentative de suicide effectuée sous l'influence d'idées délirantes mystiques. Intelligence normale ; s'était récemment adonné avec succès à des pratiques spirites, et notamment à l'écriture médiumnimique. Les hallucinations consistaient en mouvements ou sensations de mouvements de l'une ou de l'autre main indifféremment, sensations grâce auxquelles il connaissait ce que sa main écrivait, à l'exclusion de tout autre intermédiaire : jamais le sujet n'aurait eu en même temps connaissance des mots écrits par une perception surajoutée auditive ou visuelle. L'amélioration fut rapide : après 8 jours d'internement, les idées délirantes avaient cessé et le malade se rendait parfaitement compte de la nature morbide des symptômes disparus.

L'A. rappelle, d'après les déclarations mêmes de son sujet, corroborant la description de Séglas, les différences entre les hallucinations motrices graphiques et l'écriture des médiums ou psychographie : dans celle-ci le sujet se croit le simple instrument d'une volonté étrangère, tandis que,dans l'hallucination, il est lui-même la personnalité à laquelle une volonté étrangère se fait connaître ; l'acte d'écrire n'occupe pas toute la conscience,mais quand les perceptions dues à l'intermédiaire des représentations graphiques pénètrent dans la conscience, elles sont prises pour une influence étrangère. La psychographie est réveillée par la volonté du sujet ; l'hallucination se produit sans l'assentiment et même contre la volonté du sujet ; son contenu arrive aussitôt à la conscience par les images motrices graphiques ; la psychographie est automatique : la « conscience supérieure » n'en connaît le sens qu'après lecture.

Ch. Bonne.

V. — **Sensibilitätstœrungen bei Paralysis progressiva incipiens (Troubles de la sensibilité au début de la p. g.)** ; par J. Piltz, de Cracovie. (*Neurol. Centralbl.* XXV, f. 15, p. 690 à 694, 8 schémas topographiques, 1er août 1906.)

La sensibilité à la douleur est souvent diminuée dans la paralysie générale ;mais cette modification a peu de valeur diagnostique, car elle est diffuse et, à l'état normal, la sensibilité à la douleur est très variable. L'A. aurait observé des troubles localisés, analogues à ceux du tabes,par exemple à l'hypoalgésie du thorax et de la face interne des membres supérieurs, mais présentant une topographie différente, et assez fixes pour avoir une certaine importance diagnostique (16 fois sur 20 cas) : 1° hypo— ou analgésie générale respectant tantôt le cou, tantôt une zone plus ou moins large du tronc, en forme de ceinture ou de corset, et la face postérieure des mem-

bres pelviens avec la plante des pieds. Ces 3 régions peuvent être respectées simultanément ; au tronc il y a même souvent de l'hyperalgésie ; — 2° exagération de la sensibilité tactile ou hyperesthésie dans une zone de la région lombaire ou de la face postérieure du thorax, ou dans une zone du tronc en forme de corset ou de ceinture plus ou moins large. Ch. Bonne.

VI. — **De la confusion mentale aiguë et de ses particularités chez les soldats russes** ; par S. Soukhanoff. (*Journ. de Neurologie*, 1906, n° 22.)

L'auteur dit n'avoir pas observé une seule fois la forme maniaque de la confusion mentale aiguë chez les soldats russes.

La grande majorité d'entre eux se trouvait en état de dépression : ils présentaient la forme stuporo-mélancolique, la forme mélancolique et la forme délirante. On a noté en outre, au cours de la maladie des oscillations, des troubles psychiques, beaucoup plus marquées que chez les malades n'appartenant pas à l'armée.

D'autre part les idées délirantes étaient toujours vagues, pénibles et ne laissaient aucun souvenir dans l'esprit des sujets. Il en était de même des hallucinations qui intéressaient surtout le sens de l'ouïe.

Il ne semble pas qu'il y ait eu un rapport quelconque entre le contenu des idées délirantes et des hallucinations et les événements de la guerre russo-japonaise. Beaucoup de malades vivaient hors le temps et l'espace. Le confus s'imagine en effet souvent dans son délire assister aux scènes du commencement du christianisme, à la persécution des chrétiens, etc.

Cependant dans les cas de confusion mentale aiguë où l'obnubilation n'est pas très prononcée, les événements de la vie courante peuvent prendre place dans le tableau de l'état délirant d'hallucinatoire.

En somme la guerre russo-japonaise n'a pas créé une nouvelle psychose et l'on peut rattacher à la confusion mentale aiguë, à l'*amentia* de Meynert, la plupart des états psychopathiques observés chez les soldats ramenés de l'Extrême-Orient. G. Deny.

VII.— **Eunuchisme et érotisme**; par Marie. (*Nouv. Icon. de la Salp.* 1906, n° 5.)

Psychose à caractère érotique et hallucinatoire chez un eunuque intoxiqué par le haschisch ; hallucinations érotiques génitales s'accompagnant d'orgasme et d'éjaculation. Aspect physique des eunuques par castration totale avant la puberté complète, persistance des vésicules séminales. Cette observation démontre l'indépendance possible entre l'érotisme psychique et les aptitudes fonc-

tionnelles périphériques. Il est d'ailleurs connu que les psychopathies sexuelles naissent souvent sur des fonds d'insuffisance génitale plus ou moins complets. F. TISSOT.

VIII. — **Contribution à l'étude des troubles mentaux de la maladie de Basedow** ; par PARRHON et MARBE. (*L'Encéphale*, 1906, nº 5.)

La question des rapports de la maladie de Basedow et des troubles mentaux concomitants est loin d'être résolue. P. et M. apportent deux observations en faveur de l'origine thyroïdienne de ces troubles ; bien plus, ils émettent l'hypothèse que dans les cas de Basedow avec troubles psychiques et dégénérescence, l'ensemble des troubles peut reconnaître pour point de départ une modification primitive de la fonction thyroïdienne. Si les troubles mentaux du basedowisme apparaissent fréquemment à la ménopause, ce n'est pas, comme le pensent d'autres auteurs, que celle-ci déclanche le déséquilibre latent des dégénérés, c'est bien plutôt en raison de l'antagonisme qui existe entre les fonctions ovarienne et thyroïdienne ; la ménopause agit en supprimant un élément modérateur de la fonction thyroïdienne, il y a hyperthyroïdisme et troubles mentaux symptomatiques. Les troubles psychiques basedowiens apparaissent surtout dans le ton maniaque ou mélancolique, ce qui peut être interprété comme une confirmation des idées de Krœpelin sur l'unité nosologique de la manie et de la mélancolie constituant la psychose maniaco-dépressive ; qui sait même si certains cas de cette psychose ne relèvent pas d'une perturbation dans la fonction thyroïdienne. C'est un fait que la mélancolie d'involution et la psychose maniaco-dépressive prédominent d'une facon manifeste dans le sexe féminin précisément comme le myxœdème et le goître exophtalmique, maladie du corps thyroide.

F. TISSOT.

IX. — **Les ictus dans la démence précoce** ; par PASCAL. (*L'Encéphale*, 1906, nº 5.)

Revue générale, bibliographique et critique, où l'auteur établit la fréquence et la pathogénie des ictus dans la démence précoce. L'ictus convulsif est le plus fréquent, il se rencontre surtout dans la forme catatonique, à la période de début. Les ictus appartiennent-ils en propre à la démence précoce ou ne sont-ils que les manifestations de l'hystérie ou de l'épilepsie concomitantes ? Les deux opinions ont leurs défenseurs. La vérité semble être dans un sage éclectisme, vers lequel l'auteur se trouve porté par la discussion des opinions et ses observations personnelles ; il y a des cas d'association manifeste de l'hystérie ou de l'épilepsie avec la démence précoce ; mais il paraît certain que celle-ci peut à elle seule

produire des ictus convulsifs isolés, indépendants de toute autre cause, et qui sont souvent les signes précurseurs de l'affection. Comme d'autres,ces ictus représentent des décharges provoquées par la saturation toxique du cerveau sous l'influence de l'auto-intoxication (l'auteur fait ressortir l'importance de l'auto-intoxication d'origine gastrique). Ils sont peu graves,en général, ne compromettent pas la vitalité de la cellule, et ce à cause de l'intégrité des vaisseaux qui assurent un drainage facile des toxines ; cette absence, bien constatée par Klippel, de lésions vasculaires dans la démence précoce explique la longue évolution et les rémissions de la maladie. Si les ictus sont d'ailleurs assez rares dans le cours de l'évolution de la démence précoce, c'est que, comme le dit Sérieux, le poison a une action élective sur les centres psychiques supérieurs et qu'il respecte ou ne trouble que passagèrement et au début les centres de projection. F. Tissot

X. — **Observation clinique et anatomo-pathologique des yeux d'une paralytique générale** ; par Rodier et Bricka. (*L'Encéphale*, 1906, n° 5.)

Paralytique générale présentant une névrite optique. Examen histologique de la rétine. F. Tissot

XI. — **Apraxie et démence** ; par Vander Vloet. (*Journal de Neurologie*, 1906, n°s 23 et 24.)

On sait que Liepmann a décrit sous le nom d'*apraxie* certains troubles dans l'exécution des mouvements volontaires qui s'observent en l'absence d'aucun symptôme de paralysie des membres.

Il ne faut pas confondre cette apraxie motrice avec la perte de la reconnaissance intellectuelle des objets qui a été également désignée à tort sous le nom d'apraxie bien qu'elle soit en réalité une agnosie. L'auteur de ce travail s'est proposé de démontrer que, contrairement à une opinion récemment émise par P. Marie, l'apraxie de Liepmann n'est pas liée à un état démentiel. Sur 14 malades pris au hasard et qui étaient tous dans un état de démence profonde un seul était apraxique. En outre, chez les malades dont Liepmann a publié les observations, l'intelligence était relativement peu touchée. Lorsqu'exceptionnellement l'apraxie existe chez une démente, elle n'est pas fonction de la perte des facultés mais d'une interruption des communications entre les neurones sensoriels et les neurones moteurs. G. D.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 24 décembre 1906. — Présidence de M. CHRISTIAN, *ancien président.*

Le secrétaire général annonce que le Président, M. Marcel Briand. empêché, ne peut venir présider la séance.

Election du Bureau pour 1907.

Après élection, le bureau se trouve ainsi composé :

Président : M. DENY ; *vice-président* : M. SÉGLAS ; *secrétaire général* : M. RITTI ; *secrétaires des séances* : MM. DUPAIN et VIGOUROUX ; *trésorier* : M. ANTHEAUME ; *bibliothécaire-archiviste* : M. BOISSIER. *Conseil de famille* : les membres du bureau auxquels sont adjoints les deux derniers présidents, MM. VALLON et BRIAND ; *Comité de publication* : MM. ARNAULD, LEGRAS et POTTIER ; *Commission des finances* : MM. MOREAU DE TOURS et SEMELAIGNE.

Séance du 28 janvier 1907. — Présidence de MM. BRIAND et DENY.

Installation du Bureau.

M. Marcel BRIAND donne le résumé des ouvrages présentés aux diverses séances de l'année qui vient de s'écouler et adresse un mot de félicitations à ceux, qui ont bien voulu apporter à la Société le concours de leur science en la tenant au courant de leurs observations et souhaite la bienvenue à M. Deny en l'invitant à prendre place au fauteuil de la présidence.

MM. DENY adresse des remerciements aux membres de la Société qui l'ont élevés à la présidence et remercie son prédécesseur de ses souhaits.

M. SÉGLAS remercie ses collègues de son élection au Bureau.

Les interprétations délirantes chez les aliénés persécutés non hallucinés.

M. COURBON communique en son nom et en celui de M. PACTET deux observations de malades persécutés, dont toute l'activité, depuis plusieurs années, se dépense en récriminations de toutes sortes contre de prétendus ennemis. L'un d'eux a eu recours plusieurs fois au revolver et au poignard. Si l'autre n'a pas encore employé la violence, c'est uniquement grâce à l'impossibilité matérielle

dans laquelle il s'est trouvé jusque-là, du fait de son emprisonnement d'abord, de son internement ensuite.

N'ayant jamais eu d'hallucinations, leur délire s'est constitué uniquement à l'aide d'interprétations et n'a pas subi d'évolution systématique. Les auteurs se demandent si ces deux aliénés doivent être considérés comme des persécutés-persécuteurs ou comme atteints de psychose systématisée chronique à base d'interprétation délirante. La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Le placement des aliénés difficiles.

M. Vigouroux présente l'observation de deux sujets tour à tour considérés par les aliénistes comme responsables et comme irréponsables, comme devant être internés ou comme pouvant vivre en liberté, suivant que les médecins chargés de les examiner agissaient comme experts ou comme chefs de services.

Tandis que les experts qui les ont vus en prison fatigués, déprimés par une vie antérieure irrégulière et peut-être aussi exagérant un peu leur défectuosité mentale, les jugeaient irresponsables, les chefs de services, qui ont suivi ces mêmes individus à l'asile, les considéraient comme des débiles moraux, vicieux, rusés, instables et nullement à leur place dans un service d'aliénés où ils causent le désordre.

M. Vigouroux désirerait, à cette occasion, que M. Colin lui donnât quelques renseignements sur l'entrée, le maintien et la sortie des malades appartenant à cette catégorie et susceptibles d'être admis à l'Asile spécial.

Entreront-ils dans son service à la suite des conclusions des médecins experts ou après examen des médecins de l'admission ? S'ils sont placés dans les services ordinaires, les médecins pourront-ils demander leur transfert dans ce service spécial ? Et qui décidera de la sortie ?

M. Colin demande que la discussion soit renvoyée à la prochaine séance.

De l'involution présénile dans la folie maniaque dépressive.

L'involution présénile, dit M. Maurice Ducosté, joue dans l'évolution et le pronostic de certaines psychoses un rôle considérable. Les intermittents entrent dans les asiles surtout à la puberté et à l'involution.

D'après les relevés des cas publiés par les auteurs français et étrangers, on voit que, d'une part, 100 malades sont internés de 15 à 25 ans, d'autre part 56 le sont de 45 à 55 ; de ces derniers 22 environ sont internés par la première fois, 14 ont eu leur premier accès à la puberté ; il reste 20 malades qui ont eu, avant leurs accès actuels, des accès intercalaires. L'involution reste donc évidente chez nombre de sujets, la manie mélancolie, mais évidente et non

créée, car il faut admettre que c'est une affection congénitale, où on rencontre l'hérédité dans 90 % des cas, et qui ne se développe souvent qu'aux deux points extrêmes de la vie complète de l'homme ; aussi certains sujets,normaux en apparence, sont-ils des circulaires frustes pour qui l'involution constitue une période critique Il est à noter que les accès de manie-mélancolie persistent plus longtemps au moment de l'involution qu'au moment de la puberté : huit mois au lieu de trois mois et peuvent se prolonger au point de prendre une allure chronique. C'est ainsi qu'on voit dans les asiles s'améliorer dés soi-disant paralytiques généraux qui ne sont en réalité que des intermittents à la période d'involution ;c'est là,dit M. Ducosté, un cas dont la connaissance est d'un intérêt capital ; elle empêchera de considérer comme des rémissions de paralysie générale la guérison réelle de ces intermittents.

Dans le même ordre d'idées, on peut avancer que certains cas rapportés à la paralysie générale à double forme sont des cas de folie intermittente dans lesquels la période normale a été prise pour une période de dépression,et le diagnostic peut en présenter des grandes difficultés.

Mélancolie sénile,athérome aortique et gangrène symétrique des membres inférieurs.

M. Deny présente en son nom et en celui de Mlle Landry l'observation d'une mélancolique avec gangrène dont l'autopsie leur révéla la cause anatomique. Les caractères du syndrome mélancolique de la malade le font classer par les auteurs de la communication dans les manifestations de mélancolie effective délirante qui seraient l'expression psychopathique de l'involution sénile du cortex. A l'appui de ce diagnostic, ils invoquent l'apparition de la gangrène symétrique des membres inférieurs, à début et à évolution classiques, conséquence de l'oblitération de l'iliaque primitive gauche pour un caillot formé au niveau d'une plaque athéromateuse ulcérée de l'aorte, et de l'iliaque droite par un caillot formé consécutivement et sans doute sur place.

Sans entrer dans les discussions pathogéniques, M. Deny rapproche les troubles vasculaires des troubles psychiques, la cardiopathie pouvant à la longue, par ses symptômes sensitifs, retentir sur le fonctionnement des neurones corticaux.

Séance du 25 *février* 1907. — *Présidence de* M. Deny.

Le placement des aliénés difficiles (*discussion*).

M. H. Colin répond à M. Vigouroux qui lui avait demandé à la dernière séance dans quelles conditions se feraient l'entrée et la sortie des malades dans le service des aliénés difficiles de Villejuif. Ce service était à l'origine destiné aux aliénés vicieux, c'est-à-dire

présentant,à côté des leurs troubles mentaux,des perversions, des manies impulsives, des habitudes de vagabondage et de paresse ; plus tard,le Conseil général y ajouta les aliénés criminels en attendant la création d'un asile d'état spécial. Comment se fera l'admission de ces malades ? Il n'existe pas actuellement de texte de loi décidant que tel aliéné délinquant doive être interné dans un asile spécial ; d'autre part les individus de cette catégorie se font volontiers placer de leur propre mouvement ; quant au placement spécial, proposé par le chef de service, des aliénés difficiles, fous moraux et déséquilibrés exigeant une surveillance spéciale, il se fera, de l'avis de la Commission de surveillance, après un nouveau passage à l'admission.

La sortie enfin de ces malades se fera par intervention de la Préfecture de Police pour les criminels, du médecin traitant pour les aliénés difficiles.

M. VALLON insiste sur la nécessité d'éliminer les dangereux de l'Asile ordinaire si l'on veut, par l'open door, en faire de véritable hôpitaux de traitement.

M. CHRISTIAN est d'avis que, pour ces malades, les mesures disciplinaires sévères sont plus actives qu'un traitement moral par la persuasion.

M. SÉGLAS pense que la question de sortie est plus délicate que celle de l'entrée, car ces malades ne peuvent se modifier à l'asile et on ne peut prendre la responsabilité médicale d'un internement définitif ; en pratique, ces professionnels exploitateurs des asiles, relèvent bien plus des tribunaux que de la médecine, de la prison que de l'asile.

M. CHASLIN désire voir combattre la tendance qu'ont les magistrats à envoyer ces individus dans les asiles ; c'est aussi l'avis de M. PACTET. Des vœux résumant la discussion seront rédigés par une commission spéciale et proposés au vote de la Société.

Délire chronique par hallucinations psychiques.

M. MARCHAND, en son nom et en celui de M. OLIVIER, apporte une observation à l'appui de cette théorie que les hallucinations psychiques sont des pseudo-hallucinations,que les malades atteints de ces troubles n'éprouvent pas de sensations, n'entendent pas de paroles, mais qu'on leur parle d'âme à âme, de pensée à pensée ; chez la malade en question, les hallucinations psychiques dominent les autres phénomènes mentaux et agissent sur le délire ; comme une malade classique citée par Baillarger,la malade n'entend pas de voix et n'a pas la sensation de parler ses pensées ; les conversations se font d'âme à âme, sans paroles.

Séance du 25 mars 1907. — Présidence de M. Deny.

Action des injections intra-musculaires de suc de substance grise dans les insuffisances de la cellule cérébrale.

Neuf observations à ce sujet sont présentées par MM. Rémonel (de Metz) et Voivenel ; dans la plupart des cas cette opothérapie cérébrale paraît avoir donné des résultats satisfaisants.

Le placement des aliénés difficiles (suite de la discussion).

M. Pactet désire éclaircir un malentendu ; dans la séance précédente, il a déclaré que la place des pervertis moraux lui paraissait être la prison plutôt que l'asile,mais en *l'absence d'organismes d'assistance spéciaux* ; il n'a pas voulu faire de la prison l'établissement de choix pour ces malades,comme peuvent le penser ses collègues. Or le mouvement qui mène à l'asile des sujets qu'on mettait jadis en prison est la conséquence de la diminution de la notion du libre arbitre et de la liberté morale et du développement de l'ascendant du déterminisme.

Or s'est ainsi engagé dans une voie qui mènera,dans un avenir plus ou moins éloigné à faire englober la criminologie tout entière dans la biologie pathologique.

Toutefois, si la détermination de la responsabilité est délicate. la société ne doit pas rester désarmée contre ceux qui sont pour elle une cause de danger ; à ce point de vue nous sommes dans une période de transition du système pénitentiaire et la spécialisation des asiles dont nous nous occupons constitue encore pas en avant : il y a entre l'aliéné simple et le criminel banal toute une série de transitions dans lesquelles resteront les aliénés difficiles qui ne sont justiciables ni de l'asile actuel ni de la prison pure et simple, c'est pour eux que s'impose un asile tel que l'asile spécial qui va s'ouvrir à Villejuif et dont l'initiative revient à MM. Brousse et Colin.

M. Marcel Briand. — Une des raisons pour lesquelles l'asile de sûreté serait préférable à la prison résulte de ce fait qu'on peut retenir ces sujets à l'asile jusqu'à preuve d'amendement et de quasi-guérison.

M. Gimbal est d'avis que les aliénés criminels sont souvent les plus difficiles de tous et que leur place est assurément dans l'asile spécial dont il est question.

M. Briand insiste sur la nécessité qu'il y a de séparer les aliénés difficiles des délirants criminels ; il devrait y avoir quatre catégories d'établissements : pour les psychoses aiguës,les aliénés chroniques, les aliénés difficiles et les aliénés criminels.

M. Vigouroux donne lecture, sur la proposition de M. Colin, d'un vœu émis par la Commission.

Les interprétations délirantes chez les aliénés persécutés non hallucinés (discussion).

M. JUQUELIER communique en son nom, ainsi qu'au nom de M. VIGOUROUX, un cas de délire de persécution sans hallucinations et il insiste à ce propos sur la difficulté du diagnostic différentiel entre la psychose à base d'interprétation et le délire des présentés persécuteurs.

M. DUPRÉ ne voit pas l'intérêt qu'il y aurait à établir cette distinction nosologique ; mais il propose,pour éviter une confusion de remplacer le terme d'idée *obsédante* des persécutés persécuteurs pour celui d'idée *prévalente.*

Cet avis est celui de MM. VALLON et DENY ; ce dernier pense qu'il est relativement facile de distinguer la psychose à base d'interprétation des autres variétés de délire systématisé chronique, car elle est basée, comme l'a dit Baillarger, sur des sensations externes ou internes parfaitement réelles et généralement normales.

Séance solennelle du 29 *avril* 1907. — *Présidence de* M. DENY

Nécrologie : LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Ch. FÉRÉ, médecin de Bicêtre.

Palmarès : prix Belhomme :*La démence épileptique chez les enfants et les jeunes gens*; MM. DOUVRY, MARCHAND et Roger VOISIN.

Prix Moreau (de Tours) : M. CHARPENTIER :*Les empoisonneuses, étude psychologique et médico-légale* et Mlle PASCAL : *formes atypiques de la paralysie générale.*

Prix Semelaigne ; M. BUSSARD :*Des sorties provisoires à titre d'essai, au point de vue clinique, législatif et administratif.*

Le placement des aliénés difficiles (vote d'un vœu).

M. le Président donne lecture du vœu déposé par M. VIGOUROUX au nom de la Commission chargée d'étudier les modifications, à apporter au projet de loi sur les aliénés, en ce qui concerne le placement des aliénés difficiles ou dangereux, et qui est ainsi conçu :

« La Société médico-psychologique de Paris, toutes réserves faites sur l'opinion de ses membres sur l'ensemble de la loi, considérant que, dans l'intérêt des aliénés traités dans les asiles, et afin que les asiles, ces hôpitaux de traitement des maladies mentales, puissent se rapprocher, dans la mesure du possible, des hôpitaux ordinaires, il importe que les asiles soient déchargés des malades particulièrement dangereux en raison de leurs tendances aux réactions violentes, ainsi que des aliénés difficiles qui comptent souvent plusieurs internements et dont le caractère indiscipliné et les tendances perverses sont une cause permanente de troubles pour les autres malades et pour le fonctionnement des services, présente à la

Commission sénatoriale chargée d'étudier le projet du Dr Dubief sur la loi des aliénés, le vœu que les modifications suivantes soient introduites dans le projet :

« 1° Que dans l'article II du projet de loi il soit prévu des quartiers spéciaux destinés aux aliénés difficiles, en même temps que des asiles spéciaux destinés au traitement des arriérés, épileptiques et alcooliques ;

« 2° Que les dispositions de l'article 40,concernant la sortie des aliénés criminels, soient applicables aux aliénés difficiles ;

« 3° Qu'au paragraphe I de l'article 39,énumérant les catégories de malades pouvant être placés dans les asiles de sûreté, il soit ajouté:Les aliénés qui,n'ayant pas commis d'actes qualifiés crimes ou délits contre les personnes,sont déclarés particulièrement dangereux par un rapport médical motivé,en raison de leurs tendances aux réactions violentes ;

« 4° Que dans l'article 35 ainsi conçu ;

« Les individus de l'un ou l'autre sexe condamnés à des peines afflictives et infamantes ou à des peines correctionnelles *de plus de un an et un jour* d'emprisonnement qui sont reconnus épileptiques ou aliénés...
sont retenus jusqu'à leur guérison ou jusqu'à l'expiration de leur peine dans les asiles ou quartiers de sûreté ;

« Les mots « de plus d'un an « et un jour d'emprisonnement soient supprimés. »

Séance du 27 mai 1907. — *Présidence de* M. DENY.

Surdité complète par lésion bilatérale des lobes temporaux. Troubles aphasiques concomitants.

MM. CHARPENTIER et HALBERSTADT apportent une observation qui contribue à l'étude d'actualité du rôle du lobe temporal dans la perception des sensations auditives ; les points de cette observation qui leur semblent surtout dignes d'attention sont les suivants :

1° Surdité complète succédant à une attaque de ramollissement cérébral et vraisemblablement attribuable à des lésions bilatérales des lobes temporaux ; 2° surdité verbale survivant à la surdité corticale ; 3° cécité psychique des mots.

Déficit intellectuel, lésion de la région de Weernicke, lésions productrices d'anesthésie :tout est réuni ici pour la mise en application de la théorie de Pierre Marie aux troubles aphasiques qu'a présenté leur malade.Mais à l'égard de la surdité, le cas observé semble contredire cet auteur, lorsqu'il dénie au lobe temporal toute ingérence dans la perception des sons.

Marcel BRIAND.

SOCIETÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séances des 16 *avril et* 21 *mai 1907* : Présidence de M. Voisin.

Timidité morbide guérie par la suggestion.

M. Damoglou (du Caire).— Un jeune employé était incapable, non seulement d'obtenir un emploi, mais encore de le demander, tellement tout interlocuteur lui faisait peur et annihilait ses moyens. Un jeune étudiant bégayait au point de ne pouvoir se faire comprendre dès qu'il parlait à une personne qui n'était pas de ses intimes. Tous deux ont recouvré le calme et la maîtrise de soi, grâce à la suggestion hypnotique. Le succès se maintient depuis trois mois.

Introduction à la psychologie de la vieillesse.

M. Pachantoni (de Genève).— La vieillesse comporte des perturbations dans le domaine des sentiments et dans celui des idées ; on constate surtout le rétrécissement du champ affectif, la disparition des sentiments supérieurs et généraux, le manque de dignité, la servilité, l'égoïsme, la pusillanimité, la simulation.

M. Lionel Dauriac.— Je dirais volontiers que le vieillard présente une mosaïque de vieillesses partielles. La déchéance se fait pièce par pièce, mais non pas au hasard. La régression continue va du supérieur à l'inférieur, du complexe au simple, de l'instable au stable, du moins organisé au mieux organisé.

M. Bérillon.— On a vu de grands esprits, tels que Thiers, Gladstone, Pasteur, Berthelot, ne pas vieillir et rester sur la brèche jusqu'à leur dernier jour. Cela tient à ce qu'ils se sont défendus, ils ont continué à travailler comme quand ils étaient jeunes.

M. Paul Farez.— Je joindrai à ces exemples celui de Renouvier qui, après quatre-vingts ans, écrivait encore ces livres étonnants par la profondeur et la lucidité de la pensée.

M. Lionel Dauriac.— Nombreux sont les savants ou les penseurs qui conservent une très grande vivacité d'esprit jusqu'à un âge avancé, mais seulement quand ils soutiennent leurs idées favorites et restent cantonnés dans leur domaine spécial. Quand ils en sortent, il n'en est plus de même ; ils deviennent plus imperméables aux objections, ils ne réagissent plus d'une façon personnelle aux études nouvelles ; ils ont souvent la même acuité de vision centrale, mais non de vision périphérique.

L'extase religieuse.

M. Brola, expose les résultats du voyage qu'il a entrepris autour du monde et pendant lequel il a fait une étude complète des religions, au point de vue sociologique. Chez les divers peuples, barbares ou civilisés, on recherche l'extase parce qu'elle

rend heureux. Les danses ou les chants sacrés semblent avoir pour but de plaire à Dieu ; en réalité ils sont exécutés en vue des joies que procure l'extase.

M. BERILLON.— L'extase est une sorte d'état de charme, de fascination ; elle réalise un état superficiel de l'hypnose, avec monoïdéisme et, souvent, anesthésie.

M. Jacques BERTILLON.— Les Arabes trembleurs se livrent à leurs pratiques en dehors de tout idéal moral ou de préoccupation religieuse, uniquement pour être heureux.

Le trac des chanteurs.

M. BÉRILLON présente un chanteur que le trac rendait incapable d'exercer sa profession et qu'il a guéri par la suggestion hypnotique;il insiste sur les détails de technique que comporte un cas de ce genre,en particulier sur la production fictive, en état d'hypnose,des conditions dans lesquelles le trac survient et en présence desquelles le traqueur est entraîné à ne plus se sentir émotionné.

Le diagnostic de la suggestibilité.

M. BÉRILLON précise les différents moyens par lesquels on peut déceler la suggestibilité du sujet ; il est indispensable d'avoir diagnostiqué cette dernière pour pouvoir donner des indications précises sur la durée et l'efficacité du traitement,comme aussi pour être renseigné sur la forme de suggestion qui convient à chaque malade.

Epilepsie ou hystérie.

M.PAMART présente un malade qui fut soigné par divers médecins comme épileptique et qui est aujourd'hui pratiquement guéri de ses crises par la méthode hypnothérapique.Donc,certains cas présentant tous les caractères de l'épilepsie peuvent se rapporter à l'hystérie épileptiforme.L'hypnotisme est un moyen ultime de diagnostic,comme aussi de traitement.Il faudrait, dans l'intérêt des malades, soumettre à cette épreuve tous les épileptiques ou soi-disant tels,tant est imprécise la limite théorique qui sépare l'hystérie épileptiforme de l'épilepsie vraie.

M.MAGNIN.—Même chez l'épileptique vrai, l'hypnotisme est utile.car il le rend moins émotif et diminue l'action des causes occasionnelles de ses crises.

M. BÉRILLON. — L'hypnotisme accroît aussi,chez l'épileptique, la volonté,l'empire sur soi,la force de résistance.Bon nombre de remèdes populaires recommandés contre l'épilepsie n'ont d'autre valeur que celle que leur confère la suggestion dont on les accompagne.Quant au traitement bromuré intensif, il a trop souvent pour résultat de diminuer progressivement l'intelligence,la mémoire et la volonté.

M. Jules VOISIN expose les règles qui doivent présider au traitement bromuré pour qu'il soit efficace et n'occasionne ni bromisme, ni amoindrissement des facultés intellectuelles.

Les états affectifs neutres

M. Lionel DAURIAC. — Les états affectifs sont, d'ordinaire, définis en fonction du plaisir et de la douleur ; dépouillés de l'un ou l'autre de ces phénomènes ils paraissent s'évanouir. Or il existe des états affectifs, sans plaisir et douleur, qui ne sont pas représentés, mais réellement éprouvés. Ainsi, dans la cœnesthésie, nous nous éprouvons, avant de nous connaître. Pour se conformer à la réalité des faits, il convient donc d'introduire le verbe éprouver, au sens neutre, dans le vocabulaire de la psychologie.

Le miracle et la critique historique.

M. SAINT-YVES. — Le croyant qui raconte une histoire miraculeuse s'auto-suggestionne inconsciemment ; il agrémente, embellit, déforme et modifie les faits. Il faut apporter une sévérité particulière à l'égard des matériaux, hagiographies ou mémoires, riches en faits miraculeux, de manière à dépister le mensonge inconscient ou semi-conscient auquel se sont laissé entraîner, en particulier, les historiens des saints et même ceux des fondateurs de religions.

Séance annuelle du mardi 18 juin 1907. — Présidence de M. Jules VOISIN.

Les enfants indisciplinés : procédés médico-pédagogiques qui leur sont applicables.

M. BÉRILLON. — La suggestibilité, la réceptivité aux idées ambiantes sont le propre de l'enfance. Les idées bonnes et les idées mauvaises y trouvent donc un terrain également favorable. Il faut par conséquent convenir que les suggestions de l'entourage joueront un rôle prépondérant dans la formation du caractère de l'enfant.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un enfant indocile, se montrant rétif, porté à la désobéissance, on doit se demander si ces dispositions d'esprit ne résultent pas d'une mauvaise influence qui aura été exercée sur son esprit. Comme l'a dit justement J.-Jacques Rousseau, le caprice des enfants n'est jamais l'ouvrage de la nature, mais celui d'une mauvaise discipline.

Cela est vrai non seulement pour les enfants dont la tendance à l'indiscipline à son point de départ dans une mauvaise éducation, mais même pour ceux dont l'impulsivité est symptomatique d'une névrose. Chez les enfants atteints d'hystérie, d'épilepsie, de chorée et même de dégénérescence mentale, l'indocilité peut toujours être rattachée à des vices de l'éducation. En effet l'éducation doit être

d'autant plus ferme que les dispositions de l'enfant à l'impulsivité sont plus apparentes. C'est généralement le contraire qui arrive.

Quand l'indocilité est confirmée, quand l'enfant se montre véritablement réfractaire à la direction familiale ou scolaire, il convient, pour le transformer, de recourir à des procédés médico-pédagogiques, au premier rang desquels il faut placer la suggestion hypnotique. Par elle, dans l'état d'hypnose il devient possible de cultiver le reflexe de l'obéissance qui par beaucoup d'aspects présente des analogies frappantes avec le reflexe de la suggestibilité que nous avons précédemment étudié. Il est même très remarquable d'observer avec qu'elle intensité le reflexe d'obéissance se manifeste dans l'état d'hypnotisme chez des sujets qui à l'état de veille en paraissaient dépourvus. A la culture du réflexe de l'obéissance, il convient d'ajouter d'autres interventions suggestives. En particulier il faudra par des suggestions appropriées modifier les dispositions à la vanité et à certain égoïsme dans lesquels l'indocilité trouve son principal fondement.

Le pronostic de l'idiotie.

M. Voisin. — L'idiotie complète, absolue, congénitale ou acquise est incurable. L'idiotie incomplète, congénitale ou acquise est susceptible d'amélioration. Toutefois le pronostic est tout à fait différent selon qu'il s'agit d'idiotie congénitale ou acquise.Contrairement à ce qu'on suppose, l'idiotie acquise est plus grave ; les enfants qui ont le visage régulier et peu de signes de dégénérescence sont réfractaires à l'éducation ; il semble qu'une cause extérieure est venue interrompre définitivement l'évolution de leur vie psychique ; tandis que les enfants qui naissent avec des tares, même très accentuées de dégénérescence, sont capables de quelque développement intellectuel.

Considérations sur l'éducation des aveugles.

M. Mulot. — Il est erroné de croire que, chez les aveugles, l'ouïe et le toucher sont, naturellement, plus développés que chez les voyants. Ceux-ci ont, d'ordinaire, plus d'acuité auditive et tactile que les aveugles. Même le doigt lecteur d'un aveugle présente une sensibilité tactile moindre que celle de ses autres doigts, à cause du durcissement de la peau. Comme le sens musculaire doit, chez les aveugles, suppléer celui de la vue, il doit être exercé, dirigé, discipliné de bonne heure, méthodiquement et constamment. Une certaine éducation du sens musculaire permet aux aveugles d'écrire lisiblement pour les voyants et de lire par le toucher l'écriture des voyants.

Les anormaux pauvres.

M. Hurtrea. — Les anormaux pauvres se recrutent surtout

parmi les pupilles de l'assistance publique ; ce sont des enfants abandonnés par des parents qui ne leur ont souvent donné que de mauvais exemples, ou des orphelins que l'alcoolisme et la débauche des géniteurs a dotés de diverses tares de dégénérescence. Ce qui leur convient, c'est l'assistance dans des établissements *ad hoc* une pédagogie appropriée et un traitement psychothérapique, lequel est surtout indiqué chez les pervers, instables, fantasques, impulsifs, voleurs, paresseux, arriérés moraux, dégénérés supérieurs.

La lecture chez les arriérés.

M. Quinque expose les résultats remarquables qu'il a obtenus chez les arriérés par une méthode spéciale de lecture dont le principe est de supprimer toute épellation ou syllabation et d'appeler les lettres, même les consonnes par le son qui leur est propre.

La craniectomie chez les enfants arriérés.

M. Doyen. — Il faut distinguer aussi promptement que possible si l'enfant rentre dans la catégorie des sujets où l'intelligence a acquis un premier degré de développement, ou bien s'il s'agit d'un véritable cas d'ioditie incurable où l'opération n'offriraient aucune chance de succès. La seule opération qui puisse être pratiquée est la craniectomie à volet, soit unilatérale, soit bi-latérale. Le soulèvement d'un ou deux centimètres seulement du grand volet osseux augmente la capacité crânienne dans une proportion considérable. Les résultats opératoires sont souvent rapides et surprenants. M. Doyen présente un enfant arriéré qui a été opéré dix jours auparavant et décrit la technique personnelle qu'il emploie dans les cas de ce genre.

Les anormaux dans l'antiquité.

M. Félix Régnault étudie l'iconographie des anormaux surtout dans l'art égyptien antique. Il présente la photographie de figurines ou de statues très curieuses surtout par la netteté de leurs malformations pathologiques.

L'hypnotisme dans le traitement de la stérilité.

M. Paul Joire. — Si l'on élimine ceux qui ressortissent de la chirurgie, il reste que la plupart des cas de stérilité sont dus à des troubles fonctionnels de la circulation, des organes sécréteurs, du système musculaire ou moteur,du système nerveux ou de la sensibilité. Ces troubles fonctionnels sont susceptibles d'être traités par l'hypnose et la suggestion. La femme stérile, trop souvent abandonnée par les médecins, doit être considérée comme une malade, et dans beaucoup de cas elle trouvera sa guérison dans le traitement psychothérapie.

Les « Mucker » de Kœnigsberg.

M. Witry (de Trèves) expose l'épidémie érotico-religieuse qui sévit à Kœnigsberg chez des piétistes (Mucker). L'instigateur en fut un jeune et beau pasteur protestant qui se faisait passer pour une réincarnation du Christ, les adeptes se recrutaient parmi les membres de la noblesse et de l'université, ainsi que parmi les jeunes et jolies femmes de la haute société.. Les adeptes de cette secte se livraient en commun à des pratiques scandaleuses, d'une ingénieuse variété, soi-disant pour mater la chair et résister aux tentations sensuelles.

Un sommeil de trente ans.

M. Paul Farez.— Bénita F..., est née en 1843. En 1876, elle est poursuivie, avec ses enfants, par un taureau furieux. Bouleversée par cette émotion, elle se plaint de céphalée violente. Un rebouteur lui annonce les plus grands maux ; elle cesse de parler, de manger, s'alite, reste immobile, comme endormie. Elle ne présente pas un sommeil hystérique, avec dissociation des diverses activités sensorielles, suspension des unes et inhibition des autres, comme chez Gésine ou chez Argentina. Il s'agit d'une obnubilation psychique à peu près complète, consécutive à un certain état mental, accompagnée des seules manifestations physiologiques suivantes : sortes de grognements ou mouvements du bras, pour demander à boire, et déglutition de cent vingt-cinq grammes d'eau par jour. C'est un nouveau cas de jeûne, plus prolongé toutefois que ceux, déjà nombreux, relatés jusqu'ici. Au bout de trente ans, Bénita se lève, parle, se souvient des personnes et des choses ; pour toute nourriture elle se contente d'un peu de lait et d'eau.

BIBLIOGRAPHIE

I. — *Séméiologie du système nerveux* ; par le Dr Henri Dufour, et médecin des hôpitaux de Paris. Oct. Doin éditeur,Paris, 1907.

Cet ouvrage est le second paru des volumes de la « Bibliothèque de neurologie et de psychiâtrie » qui est elle-même une section de l'Encyclopédie scientifique publiée par M. Doin sous la direction du docteur Toulouse. Le premier était celui du Dr Grasset sur la thérapeutique des maladies du système nerveux.

On sait déjà que dans l'esprit de ces auteurs la neurologie et la psychiâtrie, qu'il était classique jusqu'à notre époque de considérer comme deux sciences distinctes, doivent être réunies, au moins

dans les vues d'ensemble sur la pathologie du système nerveux. Il n'y a pas entre les psychoses et les névroses de démarcation tranchée ; les transitions existent, et le domaine des psychonévroses s'étend chaque jour.

On voit donc la grande innovation apportée par le Dr Dufour dans le plan de son ouvrage: réunir dans une même étude les affections nerveuses et les affections mentales, en montrant les symptômes justiciables de l'une et l'autre pathologie. Dans un bref avant-propos, M. Dufour en avertit le lecteur, et en même temps le prévient du groupement discutable de certains chapitres ; il est certain qu'à parcourir la table des matières le médecin non spécialisé ne voit pas d'une façon bien nette le lien qui réunit les vingt-six chapitres et leurs subdivisions et l'on peut regretter que le Dr Dufour ne nous l'explique pas. On s'en rend compte cependant quand on a parcouru ces pages intéressantes sur l'apoplexie, les diverses perversions, les troubles de la perception de la personnalité, de l'intelligence, les troubles moteurs et sensitifs, les chapitres spéciaux et d'actualité sur les modifications du sang, du liquide céphalo-rachidien, du fonctionnement des organes dans leur retentissement sur le système nerveux, pour ne citer que les principaux.

Citons à la fin de l'ouvrage une longue et complète bibliographie où l'on peut trouver l'énoncé des publications récentes, signées des neurologistes et des aliénistes les plus illustres et les plus compétents ou d'autres pour les efforts de qui elle s'est avec raison montrée hospitalière. J. Rolet.

VARIA

La révision de la loi de 1838 au Sénat.

La Commission du Sénat, chargée d'examiner la proposition de loi votée par la Chambre et relative aux modifications à apporter à la loi de 1838 sur le régime des aliénés, poursuit activement ses travaux sous la présidence de M. Rolland. Dans le texte voté par la Chambre des députés, une disposition avait été introduite qui avait fait naître les plus vives appréhensions dans l'esprit des médecins actuels des asiles et surtout des docteurs se préparant au concours d'adjuvat ; elle édictait que ces médecins pourraient demeurer extérieurement et se consacrer librement à l'exercice de la médecine en dehors des asiles par assimilation aux médecins des hôpitaux. Après avoir recueilli de nombreux et concordants témoignages, et conformément à l'avis du minis-

tre de l'Intérieur, considérant qu'il y avait intérêt à ce que les futurs candidats au concours d'adjuvat connûssent sur ce point son avis,qui sera, sans aucun doute, l'avis du Sénat lui-même.la Commission a décidé de se prononcer dès maintenant sur la disposition sus-visée ; à l'unanimité elle a résolu d'effacer de la proposition de loi la disposition relative au libre exercice de la médecine et de faire de la résidence du médecin dans l'asile le régime normal auquel il ne pourrait être dérogé qu'exceptionnellement et sous des garanties spéciales.

Les aliénés en liberté.

La folie.— Cette nuit, une femme âgée se présentait au poste de police de la rue des Prouvaires et demandait à être hospitalisée. — Je m'appelle dit-elle, Emilie de La Pagerie, je suis âgée de 72 ans, et mon père et ma mère qui ont 64 et 59 ans, m'ont chassé de chez eux,parce que je veux me marier avec mon cousin Pierre qui a seize ans et qu'ils trouvent trop jeune pour moi.

Les gardiens de la paix gardèrent cette malheureuse au poste et ce matin M. Bureau, commissaire de police essaya de connaître son adresse. Elle lui raconta successivement qu'elle demeurait chez sa fille, Lucie Carreau, 57, rue Boursault, mariée à un employé de la Cie générale des eaux, puis chez sa tante, Mme Rousseau, 6, rue Thérèse. A ces différentes adresses, la malheureuse femme était inconnue. Elle a été conduite à l'infirmerie du Dépôt.

— Ce matin, à neuf heures. un individu correctement vêtu d'un complet jaquette noir, se présentait au commissariat du quai de Gesvres et demandait à parler à M. Picot, commissaire de police, ayant à lui faire une communication confidentielle.

Mis en présence de ce magistrat,il lui déclara qu'il le priait de l'arrêter pour l'empêcher de tuer quelqu'un.

— Toute la nuit, dit-il, j'ai lutté contre mon désir d'ôter la vie à un être humain, mais je ne puis résister plus longtemps. Appelez des gardiens, sinon je vous étrangle. Je suis à bout de ma résistance. Et ce disant, il s'approcha du commissaire d'une façon menaçante.

M. Picot appela aussitôt des agents qui mirent ce malheureux hors d'état de nuire. C'est un négociant de la rue de Rivoli, qui, il y a trois ans, a déjà été interné à la suite de circonstances analogues.Sa famille prévenue va le faire conduire dans une maison de santé.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères et Thiron.

Vol. II. 3e Série. Août 1907. N° 8

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

MÉDECINE LÉGALE

Une hystérique incendiaire pendant l'état somnambulique ;

Par le Dr A. CULLERRE
Médecin-directeur de l'Asile de la Roche-sur-Yon.

Les actes délictueux ou criminels accomplis en état de somnambulisme hystérique ou de condition seconde n'existent qu'en bien petit nombre dans la littérature scientifique. En 1881, M. Motet fait connaître un cas d'attentat à la pudeur. En 1887, Garnier publie l'observation d'un individu ayant, en condition seconde, déménagé la boutique d'un brocanteur. En 1889, Proust communique à l'Académie des sciences morales le cas d'un jeune homme condamné pour escroqueries faites en état de vie somnambulique. Bernheim relate le fait d'un jeune hystérique de seize ans qui, en 1893, étant en état second, s'approprie un chèque, qu'il avait été chargé de toucher, et s'en sert pour opérer une fugue de plusieurs jours au milieu des circonstances les plus romanesques. En 1904, Biaute donne la relation d'un meurtre accompli par une femme sur son amant pendant une crise de somnambulisme.

Dans l'intéressant rapport de M. Raoul Leroy au Congrès de Lille sur la responsabilité des hystériques, on peut glaner quelques observations analogues dues à divers auteurs, où les actes délictueux ou criminels commis par des hystériques ont été exécutés dans un état de subconscience crépusculaire ou dans un accès de somnambulisme avec amnésie consécutive (1).

(1) MOTET. — *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1881 — GARNIER, *ibid.*, 1887. — PROUST. *Académie des sciences mora-*

A cette maigre collection d'observations plus ou moins dramatiques, l'incendie fait à peu près défaut : c'est une raison pour que je me décide à donner ici un fait de ce genre, intéressant non seulement au point de vue médico-légal, mais plus encore peut-être au point de vue clinique et psychologique.

OBSERVATION. — Madame X..., 28 ans, est admise le 18 mars 1891. Elle appartient à une famille de nerveux et a toujours manifesté elle-même un tempérament névropathique et un caractère extrêmement susceptible et difficile. Mariée depuis dix ans à un homme bien équilibré, mais peu sentimental et peu cultivé, obligée de vivre avec ses beaux-parents pour lesquels elle n'éprouvait que de l'antipathie, elle devint rapidement, au moral, ce qu'on est convenu d'appeler *une femme incomprise*.

Dans les sept premières années de son mariage, elle fit cinq grossesses qui ne contribuèrent pas médiocrement à l'altération de sa santé. Des cinq enfants qu'elle eut, trois seulement sont vivants : deux garçons inintelligents (2) et une fille idiote ; le quatrième est mort de brûlures à la suite d'un accident ; le cinquième a succombé en naissant.

Il y a trois ans survint une sixième grossesse. A partir de ce moment, sa santé devient tellement précaire qu'on redoute une issue fatale et que l'on juge nécessaire de provoquer l'expulsion prématurée du fœtus. A la suite de cette opération, métrite aiguë, métrorrhagies répétées qui motivent des cautérisations au chlorure de zinc et deux curettages consécutifs.

1° *Développement de l'hystérie.* — Pour calmer les douleurs qu'elle éprouve, la malade se fait des injections de morphine et ne tarde pas à devenir morphinomane et à prendre 50 à 60 centigrammes par jour de ce médicament. Puis la grande hystérie se développe sous la forme de crises convulsives auxquelles s'ajoutent, dans la suite, des crises de somnambulisme ou d'état second pendant lesquelles elle se livre à des fugues inopinées qui jettent sa famille dans la plus vive inquiétude ; il lui arrivait de s'enfuir au milieu de la nuit et, malgré son extrême faiblesse, de faire plusieurs lieues nu-pieds et à peine vêtue.

les et politiques, 1889. — BERNHEIM. *L'hypnotisme et la suggestion dans leurs rapports avec la médecine légale* (XII° Congrès international de médecine, 1897). — BIAUTE. *Annales médico-psychologiques*, 1904. — R. LEROY. *La responsabilité des hystériques*, rapport au XVI° Congrès des aliénistes et neurologistes, Lille, 1906.

(2) L'un de ces jeunes gens vient d'être poursuivi pour attentats à la pudeur (1906). Reconnu hystérique et irresponsable, il a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu.

Enfin, un troisième ordre de phénomènes, contemporains de l'hystérie, s'ajoute à ce tableau : c'est une perversion profonde de la sensibilité affective, une véritable folie morale. Elle s'ingénie à jeter l'inquiétude au milieu des siens, à les affoler par des actes bizarres, énigmatiques, laissant supposer de mauvais desseins, refusant pendant plusieurs jours la nourriture, simulant des tentatives de suicide en faisant semblant d'avaler des flacons entiers de solution de morphine, des boîtes de pilules d'opium, etc. Elle a aussi contracté la manie d'écrire à une foule de personnes pour les entretenir de ses malheurs domestiques et leur dénoncer ses griefs contre son mari et sa famille. C'est dans ces conditions qu'elle est amenée à l'Asile.

On se trouve en présence d'une femme amaigrie, au teint jaunâtre, à l'air épuisé et languissant. Elle s'exprime péniblement et, avec effort, nous fait connaître en quelques mots qu'elle est victime de la haine de son mari, qu'elle n'est point folle, mais que, en raison de son état de santé, elle se résigne à la séquestration qui lui est imposée. Elle prévient d'avance qu'elle ne se pliera pas facilement à la règle, bien qu'au fond elle désire faire son possible. La langue est sale, il y a une anorexie presque complète, de la constipation. On constate une anesthésie généralisée, sauf à la région abdominale qui est douloureuse et qui présente plusieurs points hystérogènes. Il y a une dyschromatopsie des deux yeux, surtout du droit qui ne reconnaît aucune couleur ; le gauche n'est sensible qu'au violet. Tout examen méthodique est rendu d'ailleurs impossible par l'indocilité de la malade.

La démorphinisation progressive est d'abord instituée. Elle fut laborieuse en raison de la ruse avec laquelle la malade, les premiers jours, avait réussi à dissimuler aux yeux d'un personnel insuffisamment stylé seringues, aiguilles et solutions ; toutefois, elle suivit son cours sans incident notable.

Les accidents mentaux qui se déroulent pendant les quatre premières semaines consistent : 1° en petits accès d'excitation maniaque pendant lesquels elle se livre à mille extravagances, se jetant à bas de son lit, chantant, protestant qu'elle ne mangera pas, barricadant la porte de sa chambre ; 2° en attaques d'hystérie le plus souvent limitées à la période délirante. Ces crises délirantes, extrêmement fréquentes, durent de quelques heures à une nuit entière. Soudain les yeux deviennent fixes et hagards, les pupilles se dilatent, elle est le jouet d'une hallucination terrifiante ; elle s'écrie : « J'ai peur ! j'ai peur ! cachez-moi ! » pousse des cris, prononce des paroles entrecoupées, et cherche à se faire du mal en se serrant le cou avec un mouchoir. Quand, elle revient à elle, elle n'a gardé aucun souvenir de ce qui s'est passé.

En dehors de ces troubles mentaux, elle se montre acariâtre

irritable, se plaint de névralgies, a de petites attaques d'hystérie sous forme de spasmes de toux, de tremblements, de grincements de dents, de contractions. Bien qu'elle refuse à peu près continuellement de manger, son état physique s'améliore néanmoins, car on profite de ses crises délirantes pour lui faire prendre de la nourriture. Elle a eu ses règles.

2° *Convulsions, somnambulisme, délire.* — A partir du second mois, l'accès délirant prend une forme en quelque sorte systématique : Objectivant ses propres pensées, elle voit subitement un individu à face repoussante et terrible qui lui rappelle sans cesse ses chagrins domestiques et l'excite à y mettre fin par la mort volontaire. De là des tentatives incessantes de suicide par strangulation à l'aide des objets les plus hétéroclites qu'elle réussit à dissimuler : ficelles, cordons de vêtements, fils de fer, lacets de bottines, débris de linge, etc., jusqu'à ses propres cheveux : tentatives ayant lieu en crises suivies d'amnésie, qui n'ont échoué que grâce à une surveillance étroite et continue. Bientôt, cette auto-suggestion, n'aboutissant pas, change de forme : c'est l'objet de l'hallucination lui-même qui intervient pour l'exécution du suicide et pendant plusieurs semaines. Mme X... a, chaque nuit, de grandes crises cloniques alternant avec des crises asphyxiques subintrantes, pendant lesquelles elle se croit étouffée dans les bras du fantôme. Elle est parfois une heure en état d'apnée, les tissus violacés, la langue tuméfiée, pendant hors de la bouche. Ces attaques de forme asphyxique n'amenant pas le résultat attendu, sont suivies par des attaques syncopales. La vision disait : tu vas mourir ; et la malade, perdant l'usage de tous ses sens, entrait dans une pâleur de mort avec suspension presque complète de la circulation et de la respiration.

A un moment donné il arriva qu'à la suite de ces attaques à forme syncopale, Mme X... revenait à elle sans recouvrer l'usage de ses sens, demeurant aveugle, sourde et muette ; il fallut alors avoir recours à la suggestion par les images motrices graphiques pour mettre fin à cette situation des plus pénibles, qui la retranchait complètement du monde extérieur et s'opposait à l'alimentation, les muscles de la langue et du pharynx étant paralysés (1).

A partir du mois d'octobre, les phénomènes hystériques s'amendent ; les journées sont bonnes, le caractère est meilleur, elle s'occupe à de gros ouvrages, comme de frotter, récurer. Elle

(1) A. CULLERRE. — *De la sugggestion par l'intermédiaire des images motrices graphiques chez une hystérique frappée simultanément de cécité, de surdité et de mutisme.* (*Revue de l'hypnotisme*, 1893).

se plaint de quelques troubles neurasthéniques, dyspepsie, névralgies abdominales, leucorrhée. Le soir elle est moins bien, appréhende l'approche de la nuit, éprouve quelques hallucinations de l'ouïe et de la vue aussitôt couchée. La nuit cependant se passe bien.

3° *Personnalités multiples.* — Le 18 octobre s'ouvre une nouvelle phase. Les crises de délire nocturne reparaissent, mais sous une nouvelle forme : plus d'hallucinations terrifiantes, plus de tentatives de suicide, ni d'attitudes passionnelles, mais un délire calme, avec transformation de la personnalité. Tantôt elle est Madame V... sa belle-sœur ; tantôt elle est Mlle P... sa cousine; elle parle d'elle-même à la troisième personne, s'apprécie avec sévérité, comme pourraient le faire ces parentes, passant en revue les phases de son existence passée. C'est un véritable délire de mémoire à personnalités multiples. Cette phase dure un mois, les journées étant bonnes, sauf quelques grandes attaques convulsives.

A partir du 17 novembre, crises de somnambulisme actif avec retour des perversions morales et des impulsions au suicide. A deux reprises, en quelques jours, étant en condition seconde, elle dérobe avec une adresse infernale la clef de l'infirmière avec qui elle s'occupe et la cache en deux endroits différents. On essaye, en provoquant l'hypnose, de lui faire découvrir ses cachettes, mais en vain. On n'y arrive qu'en lui suggérant qu'après tout, puisqu'elle veut se pendre, on est décidé à la laisser faire. Aussitôt elle bondit vers les endroits où elle a caché la clef et s'en empare et on ne la lui arrache qu'avec peine. Revenue à l'état prime, elle est heureuse d'apprendre que l'infirmière a retrouvé sa clef et qu'elle ne sera pas punie.

A la même époque, on note encore le retour de l'hallucination terrifiante qui lui ordonne le suicide. Tentatives répétées par strangulation; toujours en condition seconde. Le 30, ayant pu échapper à la surveillance, elle s'introduit dans un dortoir et avec une cravate fixée à la barre supérieure d'un lit, elle cherche à s'étrangler en se glissant dessous. C'est dans cette situation qu'on la trouva à demi-asphyxiée. Elle dérobe tout ce qui peut servir à se faire du mal, couteau, aiguilles, épingles, et s'introduit tout cela dans le vagin pour s'en servir en temps opportun. On est désormais obligé d'explorer pendant chaque attaque cette singulière cachette. Les nuits sont toutes délirantes, elle recommence à avoir des accès d'apnée, et à chercher à s'étrangler avec les mains.

A partir de mars 1892, les manifestations hystériques s'atténuent de nouveau. Les journées sont bonnes et se passent sans accès somnambuliques et sans hallucinations. Ces dernières se

produisent encore de temps en temps la nuit, surtout au moment du premier sommeil.

Les mois suivants, l'amélioration s'accentue encore et en août on constate la disparition de toute crise, convulsive ou délirante. Seul l'état neurasthénique se révèle par des phénomènes nombreux : céphalalgies, cryesthésie, vomissements, sueurs profuses, impotence musculaire, congestion des glandes mammaires avec commencement de sécrétion lactée, leucorrhée. Depuis trois mois, cependant les règles sont régulières.

4° *Vie somnambulique.* — Le 28 août, un incident curieux se produit. Chagrinée de ce que la religieuse qui s'occupait d'elle était partie en retraite, hantée par l'idée de la revoir, elle s'évada très adroitement pendant un office religieux, se rendit à la gare, prit un billet d'aller et retour pour L..., et arrivée dans cette ville, se rendit au couvent où se trouvait la religieuse et la fit demander. Elle l'attendit vainement pendant plusieurs heures, sortit, fit plusieurs visites en ville, écrivit une lettre à la sœur pour s'excuser de ne pas pouvoir l'attendre plus longtemps et revint la déposer au couvent. A ce moment, la religieuse, prévenue, la fit entrer et constatant qu'elle était en *condition seconde*, s'efforça, par diverses manœuvres d'hypnose, de la ramener à l'état normal. Elle n'y réussit qu'au bout de plusieurs heures. La malade, auparavant, lui avait raconté les péripéties de son odyssée, son évasion, son voyage et ses circonstances.

Cet accès de somnambulisme actif ou vigilambulisme ne restera pas isolé. Le 6 septembre, Mme X..., à la suite d'une contrariété de famille, tomba en condition seconde. Pendant toute cette période, elle eut des crises convulsives et délirantes alternant avec des périodes de calme et d'activité, en apparence normale. Le 18 septembre, à la suite d'une attaque convulsive, elle revient à l'état prime, très étonnée d'apprendre qu'on n'est pas au 6 septembre, comme elle le croyait, mais au 18. Dans la suite, elle eut encore plusieurs de ces crises de vigilambulisme d'une durée de plusieurs jours.

5° *Ecrits de la malade : idées obsédantes de vengeance, principalement d'incendie.* — Un point sur lequel il est très important de revenir ce sont les écrits de Madame X... pendant son séjour à l'Etablissement. Ainsi que son mari nous en avait averti, elle a toujours aimé à s'épancher la plume à la main. Nous avons recueilli beaucoup de ses lettres ; et un phénomène extrêmement intéressant s'y fait remarquer : un certain nombre d'entre elles, commencées à l'état normal, ont été continuées dans l'état de délire somnambulique et tournent toutes autour de deux idées fixes : celle du suicide et de la vengeance. Mais alors qu'en état de délire parlé, elle est surtout hantée par l'idée du suicide,

dans l'état de délire écrit, elle exprime de préférence avec une énergie sauvage le désir de se venger, d'empoisonner ses beaux-parents et surtout d'incendier leur habitation.

Quelques citations, aussi courtes que possible, tirées de ces écrits, nous paraissent nécessaires. En voici quelques-unes :

« Décembre 1891 (à son mari), Mon cher ami, deux mots seule-« ment : je suis un peu fatiguée ; j'ai bien peur d'une affaire, « que le remède soit pire que le mal. Je souffre beaucoup. Figu-« re-toi... (Ici l'écriture devient moins régulière) oh ! ce train ! ce « train me fascine, m'attire. Oh ! quelle lâcheté ! souffrir les in-« famies d'un homme qui s'appelle mon mari, les horreurs d'un « bonhomme X..., mon cauchemar, oh ! si je pouvais le faire « disparaître sans le faire souffrir, car j'exècre faire souffrir les « autres, soit bêtes, soit gens ! Mais si je pouvais l'imbiber de pé-« trole puis les fourrer tous les trois dans ces tombeaux dans les-« quels il m'enterre, moi et mes enfants, je mettrais une torche « à l'acétylène avec plaisir... Cachez-vous ou je fais un malheur « Lâche ! lâche ! répétez «folle » une fois de plus et *je fais brûler* « *votre bicoque*, vous qui n'aimez que l'argent, ça vous touchera.»

Dans une lettre qu'elle m'adressait en août 1892, après m'avoir exposé d'une façon correcte pendant deux pages, son état physique et moral et avoir beaucoup insisté pour qu'on redouble de surveillance à son égard parce qu'elle craint plus que jamais de faire un malheur, elle continue en délirant de la façon suivante : « C'est pourquoi des femmes comme moi ont assez existé ; « si j'avais seulement un petit moment de liberté, laisse faire... « si je peux chiper une corde, mais quelque chose de solide, je « connais un petit endroit où, avec un petit moment de manque « de surveillance... Car j'espère qu'elle se lassera, cette sœur...»

Le 28 juin 1893, elle m'adresse une lettre dont voici quelques extraits : « Malgré le grand désir que j'ai d'être unie à mes en-« fants, je constate avec peine que ce n'est pas l'amitié qui fait « mon mari me rappeler auprès de lui. Il est évident, d'après sa « dernière visite qu'il n'avait pas la moindre intention de me faire « sortir et qu'il a fallu qu'on lui rappelle que je ne pouvais de-« meurer éternellement aux aliénés...» La lettre se poursuit pendant trois pages sur ce ton raisonnable et soudain continue ainsi: « Mais je ne veux pas retourner avec ma belle-mère et comme « je ne veux pas revenir à l'asile, alors je l'empoisonnerai, puis « il y a un puits vis-à-vis chez moi, c'est là où j'irai finir mes « malheurs. Je ne regretterai que mes chers petits. Tu crois qu'ils « ont du cœur ! Ma petite Charlotte est morte seule ; trouvée « morte, je l'ai su. Ils m'ont privée d'aller l'embrasser une dernière « fois. Puisque tu es Directeur et que tu n'es pas méchant, toi, « fais donc venir mes petits enfants, puis quand je les aurai, je « m'en irai me cacher loin, bien loin. Tu verras si je les aimerai

« bien et si je les élèverai bien ; je travaillerai tant que je pour-
« rai pour gagner leur vie, mais si on me force à retourner avec
« ma belle-mère, *je mettrai le feu chez elle*, je l'empoisonnerai et
« je me tuerai !.... »

6° *Amélioration.* — En avril 1893, en effet, elle a perdu sa petite fille. Cet évènement n'a été l'occasion d'aucune manifestation hystérique. Son chagrin a été contenu, modéré, normal pour ainsi dire. — Le 30 juin, une amélioration réelle persistant, elle est retirée par son mari.

7° *Au bout de sept ans. Rechute et incendie en état somnambulique.* — Après un intervalle de sept ans passé dans sa famille Mme X... nous est ramenée le 10 septembre 1900 pour cause de « morphinomanie avec troubles mentaux hystériques ». Elle est retirée au bout de trois semaines à titre d'essai par son mari, débarrassée de ses habitudes d'intoxication, mais non de ses troubles hystériques consistant surtout, comme la première fois, en crises de délire avec oubli total au réveil.

Deux jours après, le 1er décembre, elle était ramenée, après avoir allumé un incendie dans les dépendances de l'habitation de ses beaux-parents et occasionné des pertes importantes.

Dans quelles conditions la malade a-t-elle succombé à une impulsion dont elle était subconsciemment hantée depuis dix ans, c'est ce qu'elle-même va nous apprendre. Voici en effet ce qu'elle m'écrivait quelques jours après sa nouvelle admission :

« Décembre 1900, Monsieur le Directeur. Comme j'ai confiance
« en vous, vous me permettrez de vous demander des explica-
« tions, que jusqu'ici je n'ai pu avoir que sommairement ; encore
« je ne puis y croire ; les uns, disent oui les autres non.

« Comment cela se fait-il que je sois tombée dans ce lit de la
« Grimaudière, et que ce soit un mardi, quand je me croyais chez
« moi vendredi vers 3 heures ? Comment cela se fait-il que les
« hommes me répondent à ces questions que j'ai mis le feu chez
« moi dans du foin ou de la paille ? Si cela était vrai, mais tout
« doit-être brûlé chez nous vu la quantité de fourrage qui est près
« des habitations qui sont agglomérées près les unes des autres.
« Eh bien ? Si c'est vrai, je suis bien perdue c'est le comble à la
« mesure, il me semble voir les X... Jamais j'oserai reparaître chez
« nous. Je n'osais vous en parler, je craignais que ce soit vrai ; ce-
« pendant je veux savoir. Je trouve très drôle que l'on m'eût ame-
« née ici, sans que je m'en rende compte, d'autant plus que je
« me souviens très bien que je me suis trouvée dans mon lit chez
« moi, mercredi soir et que jeudi je n'ai pu me lever, j'étais brisée,
« je me souviens aussi de vendredi jusqu'à midi, heure où je me
« suis levée et j'ai essayé de travailler ; il est vrai que je travail-

« lais dans du rouge, qui me fascinait, j'ai même cousu à la ma- « chine et à la main puis après plus rien que la nuit.

« Je vous prie, Monsieur le Directeur, de me dire la vérité, vous « devez tout savoir, j'étais furieuse mardi (puisque je me croyais « samedi) après mon mari, et je lui en veux de m'avoir amené là « sans chercher à me réveiller, j'étais tellement surprise de ce « qu'on me disait, et que j'étais sûre de n'avoir rien dit, que dans « un moment de colère, j'ai manqué grossièrement à une personne « qui cependant n'avait eu que des égards, c'est M. l'interne ; j'é- « tais si irritée de ce qu'il me disait que je me suis complètement « oubliée, j'en ai bien regret, mais c'est fait, car je vous assure « que j'étais énervée ce jour-là, il a fallu que ce soit Monsieur « l'interne, qui ne le méritait pas, qui subisse mes nerfs irrités.

« Je prie Monsieur le Directeur de bien vouloir me dire ce qui « s'est passé, je vous affirme que ceci me tourmente, et je l'en re- « mercierai sincèrement. »

Le 14 décembre elle écrivait encore à son mari : « Jusqu'à pré- « sent j'étais fort étonnée et fort en colère d'être dans un lit de « l'asile, je croyais bien être chez nous, d'autant plus que, depuis « l'heure où je me suis retrouvée le mercredi soir dans la chambre « je me rappelle bien ce que j'ai fait jusqu'au vendredi dans l'a- « près-midi, heure où j'étais devant le feu qui me fascinait, il est « vrai. Je ne pouvais m'en détacher ; enfin j'ai pris le parti de sortir « seule pour la 1re fois faire un tour, pour y voir si toute ma « basse-cour se portait bien. Lorsque j'ai ouvert la porte, l'air vif « m'a frappé au visage ; j'ai vu rouge, depuis je ne me souviens de « rien jusqu'au mardi. »

Le souvenir de cet acte va désormais intervenir dans ses crises délirantes, qui sont de plus en plus fréquentes. On recueille des paroles comme celles-ci : « Je songe que tout brûle là-bas ; que Mme X... a incendié chez elle... C'était bien beau ; elle me l'a dit. Si tu savais comme cela fait peur... c'est pénible, pourtant. C'est un grand malheur... j'en frissonne rien que d'y penser. » Ou bien encore : « Mme X... a eu si peur qu'elle s'est fourrée volontairement dans un cercueil toute vivante... elle est morte il y a belle heure... Le feu purifie tout... c'est fini je veux mou- rir... oh ! c'est beau ce feu ... quel malheur tout de même ... avec une allumette et un bout de bougie je mettrai un beau feu.. que d'allumettes enflammées : c'est féerique, mais c'est un grand malheur ! Quel beau feu ! Mais laissez-moi donc !... »

Pendant plusieurs semaines, les crises délirantes sont inces- santes, la malade ne prend presque aucune nourriture, tant l'a- norexie est complète. Elle contracte en outre l'habitude de se larder le corps et en particulier les seins d'aiguilles qui chemi- nent et viennent sortir en de nombreux points du corps.

8° *Décès*.— En mai, elle est prise d'entérite aiguë et succombe en quelques jours.

Ainsi, il ressort très nettement des écrits de la malade que c'est dans une période d'état second, de somnambulisme délirant en un mot, qui a duré du vendredi au mardi, c'est-à-dire quatre jours, qu'elle a mis le feu aux dépendances de l'habitation de ses beaux-parents.

Un coup d'œil d'ensemble jeté sur cette longue observation nous montre deux phases bien distinctes dans l'existence pathologique de Mme X... : 1° celle où la symptomatologie de l'hystérie s'épanouit sous toutes les formes ; 2° les périodes intercalaires où domine la neurasthénie pure et simple : phénomènes nerveux polymorphes et incessants, troubles utérins, névralgies, céphalalgies, dyspepsie, anorexie, vomissements, myasthénie cryesthésie etc. Dans cet état, la mentalité ne semble pas foncièrement altérée ; la malade devient, à la vérité, morphinomane, ce qu'explique son état de souffrance habituel et sa déséquilibration nerveuse originelle, mais ses sentiments affectifs ne sont pas pervertis. Elle est convaincue, certes, qu'elle a des griefs sérieux contre son mari et la famille de ce dernier, elle juge sévèrement leur conduite et leurs procédés à son égard, mais elle ne manifeste contre eux ni haine, ni désir de vengeance. Si elle éprouve, au fond, des sentiments de ce genre, elle sait, comme toute personne normale, les dissimuler et les taire, ayant conscience de leur caractère immoral et répréhensible.

Dans les périodes d'hystérie, tout change : une deuxième personnalité émerge, violente, impulsive, haineuse et vindicative : une véritable psychose se développe, sorte de folie morale où dominent alternativement les idées de désespoir, de suicide, d'homicide, et les impulsions nuisibles les plus variées. Dans cet état, qui est toujours un état second, un état de crise avec vie somnambulique, la malade se fût certainement suicidée sans la surveillance étroite qui l'entourait et malgré laquelle il s'en fallut de peu qu'elle ne réussit. Nous la voyons dérober tous les objets qu'elle suppose pouvoir lui servir pour accomplir ses dessins, clefs, couteau, aiguilles, épin-

gles : exécuter des fugues compliquées et prolongées et enfin s'abandonner à un véritable délire de vengeance avec impulsion pyromaniaque qu'elle finit par mettre à exécution, bien qu'après un délai fort long, puisque, près de dix ans auparavant, ses écrits nous révèlent qu'elle en était déjà obsédée.

Et ainsi nous apparaît nettement le rôle de l'hystérie comme facteur de criminalité. L'hystérie, à la vérité, ne fait pas acception de caractères ni de moralités : elle se développe aussi bien dans les natures vertueuses que dans les vicieuses ; mais, si chez ces dernières, elle peut se borner à découvrir et libérer les impulsions mauvaises, chez toutes, elle est susceptible de créer de toutes pièces par retranchement, diminution, altération de la personnalité et de l'intelligence normales, une véritable mentalité criminelle.

Pour comprendre quel était l'état de notre malade au moment où elle a commis l'incendie en question, essayons de reconstituer l'enchaînement des faits. Mme X. est chez elle assise et, tout en cousant, s'abandonne à ses rêveries habituelles, rumine son éternel chagrin ; elle s'apitoie sur son propre sort, trouve sa destinée injuste, les gens qui l'entourent, odieux et coupables. Sera-t-elle toujours leur victime? Les idées de révolte se font jour dans son esprit, puis des idées de vengeance. Comment se venger? Les atteindre dans ce qu'ils ont de plus cher: leur fortune, leurs biens. Si tout cela brûlait, comme ils seraient punis ! Mais tout ulcérée qu'elle puisse être, toute persuadée qu'elle soit de l'immensité non moins que de la légitimité de ses griefs, elle sait qu'il est mal de se venger, elle possède en son entier le faisceau d'idées morales qui sont l'attribut commun des individus normaux : elle a aussi pleinement le sentiment de la conservation personnelle, qui la met en garde contre des actes punis par les lois ; elle a en un mot la conscience claire de ce qu'elle est en réalité, une honnête femme au fond, épouse du fils de ces gens qu'elle hait d'une façon si exclusive, la mère de leurs petits enfants.

Soudain, du fait de cet état émotif intense et systématisé, aidé sans doute de quelques circonstances extérieures, comme l'action de la couleur rouge, celle de l'air

frais qui frappe subitement son visage, un phénomène brusque se produit : c'est une sorte de vertige,de transe, de perte rapide de connaissance dont elle revient avec une personnalité réduite, une conscience rétrécie, des fonctions psychologiques diminuées. L'idée de vengeance n'est plus désormais combattue par l'ensemble des idées antagonistes qui la neutralisent habituellement dans la conscience normale : elle se transforme en une véritable impulsion automatique et l'acte s'ensuit.

Il nous semble tout à fait digne d'intérêt de noter le long espace de temps qui s'est écoulé entre l'éclosion de l'impulsion morbide dans l'esprit de Mme X.., et l'échéance de l'acte criminel. Ses écrits nous montrent que pendant plus de dix ans elle a été hantée par le désir de la vengeance et que, pendant ces dix ans, malgré les altérations incessantes de sa personnalité, malgré ses crises continuelles de délire et de somnambulisme, par suite sans doute d'une résistance obscure et tout instinctive de son être subconscient répugnant aux violences coupables, elle a résisté victorieusement à l'impulsion. Il a fallu quelque circonstance imprévue, peut-être cette sorte de fascination par le rouge qu'elle dit avoir éprouvée, avec l'action de l'air frais sur son visage au moment où elle sortait de chez elle pour que, dans un amoindrissement suprême de sa personnalité réduite à l'état d'automate, elle succombât enfin à l'obsession.

Toutes choses égales d'ailleurs, n'est-ce pas ainsi que les choses se passent chez les obsédés non hystériques qui succombent à une obsession criminelle ? N'est-ce pas par suite d'un amoindrissement progressif de la conscience personnelle,d'une sorte d'état monoïdéique amené par l'angoisse, que l'impulsion se déclanche ? Le terme de *folie avec conscience*, employé pour désigner l'état mental de ces malades, est donc assez impropre, puisque c'est précisément quand la conscience claire tend chez eux à disparaître que l'obsession aboutit à l'acte impulsif devenu soudain irrésistible.

Il convient d'ailleurs de remarquer que beaucoup d'obsédés conscients sont des hystériques en puissance.S'il est rare de voir l'hystérie être, par les altérations de la personnalité qu'elle provoque, directement responsable

des actions criminelles et en particulier de l'incendie, il est commun, au contraire, d'après ma propre expérience, de la voir intervenir d'une façon indirecte dans la mise en œuvre de ces impulsions, en abaissant la tonalité psychique et en diminuant la force de résistance des sujets (1).

Quelle que soit l'opinion que l'on ait sur le rôle de l'hystérie comme agent provocateur des actes antisociaux, professât-on même — ce qui pourrait être soutenu — qu'elle ne peut créer de toutes pièces une mentalité criminelle et que son rôle se borne, dans tous les cas, à libérer des tendances vicieuses latentes au fond de l'individu, il n'en résulterait pas moins, au point de vue médico-légal, que l'existence, au moment de l'acte, des manifestations psychiques de l'hystérie, crise délirante, somnambulisme, état second, doit être considérée comme exclusive de toute responsabilité. Dans ces divers états, la conscience est altérée, pervertie ou réduite à tel point, parfois, que toute personnalité peut être considérée comme absente et que l'exercice des facultés de l'attention, du jugement et de la volonté sont aussi impossibles que dans les états crépusculaires de l'attaque épileptique.

On pourrait objecter, à la vérité, que la personnalité, dans les états seconds ou somnambuliques, loin de se présenter toujours sous cet aspect d'indigence psychologique, peut revêtir des formes innombrables et tout à fait opposées ; que loin d'être toujours affaiblie, troublée, diminéue, elle semble parfois accrue, élargie et fortifiée. Certains sujets, dans l'état second ont une mémoire plus complète, une sensibilité plus vive, une activité intellectuelle plus développée, un caractère plus heureux et plus sociable. Certaines hystériques sont positivement plus intelligentes en état de sommeil qu'en ce qui paraît être chez elles l'état de veille et quand il existe des personnalités multiples, on peut être extrêmement embarrassé pour dégager la personnalité normale de l'individu et faire, dans ses diverses manières d'être au point de vue mental, le départ de l'élément sain et de

(1) A. Cullerre.— *Infanticide et hystérie* (*Archives de Neurologie* 1895.)

l'élément pathologique. Mais qui ne voit que l'existence même de ces personnalités diverses, de ce fractionnement du moi, ne fait que déplacer la question et que le seul fait de ne pouvoir tracer les limites exactes de la personnalité normale rend incertaine et arbitraire toute attribution de responsabilité ?

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES

(Genève, XVII[e] session, août 1907.)

Séance d'inauguration.

La séance d'inauguration a eu lieu le matin, à neuf heures, à l'Université, devant une nombreuse assemblée de médecins venus de France, de Belgique et de la Suisse romande. Les claires et élégantes toilettes d'un grand nombre de dames égayaient heureusement les sombres et quelque peu tristes murs de l'Aula. Sur l'estrade avaient pris place : M. le conseiller d'Etat Besson, représentant le gouvernement de Genève ; M. Princam, président du Conseil administratif de la Ville de Genève ; M. le prof. Prévost, président du Congrès ; M. le D[r] Drouineau, inspecteur général au ministère de l'intérieur, délégué du gouvernement français ; M. le prof. Francotte, de Liége, délégué de la Belgique ; M. le prof. Laskowski, représentant de l'Université de Genève ; M. Barthélemy, consul de France à Genève.

M. le conseiller d'Etat Besson, qui préside, se lève pour souhaiter la bienvenue aux membres du congrès. Il les remercie d'avoir choisi Genève comme siège du XVII[e] congrès de psychiatrie et de neurologie et espère que le séjour à Genève leur sera des plus agréables.

Il relève les progrès accomplis dans le traitement des aliénés. Il rappelle la violence et les procédés de brutalité avec lesquels on croyait guérir autrefois ces malheureux et rend hommage à Pinel, ce grand bienfaiteur de l'humanité, qui a su briser les chaînes dont, jusqu'à lui, on avait chargé les pauvres déments.

Genève, dit M. Besson, n'est pas resté en arrière dans ce mouvement généreux et s'est, il y a quelques années, encore imposé de lourds sacrifices pour élever un asile d'aliénés moderne, digne de notre pays. Mais la science n'a pas dit son dernier mot et ce sont des réunions comme celle d'aujourd'hui qui sauront donner aux pouvoirs publics des avis éclairés et autorisés pour faire toujours mieux dans la voie du progrès et pour le plus grand bien de l'humanité.

M. Barthélemy, consul de France à Genève, apporte les regrets de M. Jullemier, consul général, de ne pouvoir assister à cette séance.

Je suis heureux de voir ce congrès, d'origine française, venir tenir ses assises à Genève ce pays privilégié sous tous les rapports. Car Genève est en effet une capitale et de plus une capitale gaie, grâce à sa belle et riante nature, à la courtoisie et à l'amabilité de ses habitants. Cela est si vrai que je ne puis m'empêcher de rappeler un souvenir, celui d'un savant venu à Genève avec l'intention de mettre fin à ses jours et qui reprit goût à la vie en contemplant le lac bleu et ses riants coteaux. Je suis persuadé que les congressistes, qui ne sont pas venus avec ces idées, n'en trouveront pas moins de charmes à parcourir les rives du beau Léman.

M. le prof. Francotte (de Liége) apporte le salut de la Belgique que tant de points communs rapprochent de la Suisse. M. le professeur Laskowski souhaite la bienvenue aux membres du congrès au nom de l'Université de Genève. Il excuse M. le recteur, absent de Genève pour un voyage scientifique en Ecosse.

Comme médecin et comme professeur, je suis heureux, dit-il, de constater les sacrifices que s'impose Genève pour les études médicales. Malgré la modicité de ses ressources financières, ce petit canton a su, entre autres, élever un asile d'aliénés digne d'un grand pays.

La psychiatrie et la neurologie ont fait des progrès rapides et énormes (l'orateur les rappelle) pendant ces trente dernières années, grâce à des savants dont la plupart sont réunis dans cette salle. Un concours de circonstances toutes particulières ont aidé ces progrès. La technique microscopique, surtout, a été un des facteurs les plus importants. Mais aussi une compréhension plus haute, plus humaine du traitement des aliénés, compréhension qui a abouti à une étude attentive des causes de la folie et des moyens d'y remédier. De là

sont sorties les belles œuvres de solidarité sociale telles que la lutte contre l'alcoolisme et la tuberculose.

M. le Dr Drouineau, délégué du gouvernement français, remercie le président du Conseil d'Etat d'avoir bien voulu accepter la présidence de cette séance et d'avoir montré ainsi le grand intérêt que prend l'Etat de Genève à la réalisation de progrès, ce que désirent les médecins aliénistes.

Je suis heureux, dit l'orateur, d'avoir été délégué par le gouvernement français pour le représenter ici, dans ce beau pays où tout concourt à rendre le séjour agréable et qui a vraiment créé le beau terme de tourisme scientifique. C'est lui qui nous permettra, et d'admirer une nature merveilleuse et d'étudier ce qu'on fait en Suisse pour l'enseignement psychiatrique, le bien-être des aliénés, l'organisation des asiles et de puiser dans cette pratique des arguments pour solliciter en France des réformes et peut-être provoquer des amendements à la loi sur les aliénés, actuellement en discussion devant le Parlement français.

C'est avec la plus grande bienveillance et la plus scrupuleuse attention que les pouvoirs publics accueillent et étudient les vœux des médecins aliénistes dans l'organisation des lois sur les aliénés.

En terminant, M. Drouineau rend l'hommage à la mémoire du Dr Christian, un des anciens et premiers présidents du congrès de psychiatrie, que la maladie a arraché il y a quelques jours à l'affection des siens.

M. le professeur Prévost (Genève) remercie l'assemblée de lui avoir fait l'honneur de le choisir pour présider ses travaux. Il rend hommage avant tout au dévouement et au zèle des excellents secrétaires généraux, MM. les docteurs Long, Berdez et Vuillemier, auxquels revient le grand mérite de l'excellente organisation de ce congrès. Il remercie aussi de leur présence M. le Dr Drouineau, dégué du ministère de l'intérieur français et les présidents du Conseil d'Etat et du Conseil administratif de Genève.

Il rappelle les liens d'amitié qui unissaient de tous temps les médecins de Paris et de Genève et,qui aujourd'hui encore constituent pour beaucoup de médecins gé-

nevois de doux souvenirs de leur temps d'études, passé dans les hôpitaux de Paris.

L'épilepsie expérimentale.

Suivant l'usage, le président entretient ensuite l'assemblée d'un sujet scientifique. Il expose ses idées et les résultats de ses dernières expériences sur « l'épilepsie expérimentale ».

Des expériences, qui ont été faites dans le laboratoire de M. le Prof. Prévost, par lui ou ses assistants, les Drs Batelli et Samaja, permettent de produire des convulsions épileptiformes au moyen d'un courant électrique appliqué sur le cerveau, procédé qui a l'avantage de ne pas sacrifier l'animal en expérience. Il résulte de ces expériences que la mort par le courant électrique n'est pas due à l'inhibition du système nerveux, mais à une paralysie du cœur. Ces courants sont plus souvent mortels à faible tension qu'avec des tensions élevées (au-dessus de 600 volts, fait qui peut paraître paradoxal au premier abord.

Les crises cloniques sont dues à l'excitation de la couche corticale du cerveau. Quelquefois les crises toniques subsistent seules ; c'est que la paralysie du cœur a occasionné une anémie cérébrale qui a annihilé l'action de la couche corticale, d'où absence de crises de convulsions cloniques. Cette expérience a été vérifiée par un autre assistant, qui a obtenu l'anémie cérébrale en liant les artères cérébrales.

Chez le *chien* pris comme type, l'application d'un courant alternatif de 70 à 110 volts (électrodes bouche et nuque, procédé du Dr Battelli) provoque une crise épileptiforme offrant : 1° une phase tonique de 15 à 20 secondes ; 2° une phase clonique de 10 à 50 secondes ; 3° une phase d'affaiblissement ; 4° une phase d'agitation et de colère, plus ou moins longue. La phase clonique est due à l'excitation de la zone corticale-motrice. Elle manque : *a*) quand on enlève les zones motrices ; *b*) quand on anémie la couche corticale par compression des artères (carotides et vertébrales) ; *c*) quand le courant appliqué de la bouche à l'anus paralyse le cœur en provoquant des trémulations fibrillaires de cet organe ; *d*) elle manque chez les nouveau-nés, dont la couche corticale n'est pas encore excitable.

Chez les *lapins* et les *cobayes* le siège des convulsions cloniques est l'isthme de l'encéphale. L'excitation de la moelle, ne provoque chez tous les *mammifères* et les *oiseaux* que des convulsions toniques. Chez les *grenouilles*, l'excitation de la moelle provoque des convulsions tonico-cloniques, tandis que chez les *crapauds*, les *tortues*, les *orvets*, les *couleuvres*, on n'observe que des convulsions toniques. La durée des convulsions est variable selon les espèces animales, et selon l'énergie du courant et la durée du contact. Les convulsions purement toniques n'atteignent jamais la durée des convulsions tonico-cloniques : c'est l'addition d'une phase clonique qui prolonge la durée totale de la crise convulsive.

M. le Prof. Prévost se propose de faire une démonstration de ses intéressantes expériences et invite les congressistes qui désirent les voir à se rendre, samedi matin, à 9 heures, à la Faculté de médecine.

Le Dr Gaspard de la Rive.

M. le Dr Ladame (Genève) fait une communication des plus intéressantes sur un médecin aliéniste genevois, Gaspard de la Rive, qui vécut de 1770 à 1834. Cet éminent médecin fut un des précurseurs de génie de nos aliénistes modernes et mériterait d'être placé à côté des Pinel, des Esquirol et des Daquier.

Il fit d'abord des études de droit, puis fut exilé par les terroristes de 1794. Il émigra en Ecosse, y fit ses études médicales et s'intéressa particulièrement à l'étude des maladies mentales. C'est en visitant les asiles d'Angleterre qu'il acquit la conviction de l'importance que pouvait avoir l'isolement dans le traitement des psychoses. Dans son « Journal », il insiste sur les bienfaits qu'on peut retirer du travail agricole chez les aliénés tranquilles.

De retour à Genève en 1797, de la Rive fut agréé au Collège des médecins et peu après chargé de la direction de la section des aliénés à l'hôpital, dépendance dénommée la « Discipline ». Cette annexe, qui donnait sur la promenade Saint-Antoine actuelle, servait en même temps de maison de correction. Abraham Joly y avait depuis quelque temps, en 1787, soit six ans avant Pinel, à Paris, supprimé les chaînes et les colliers de fer avec lesquels on attachait les fous furieux.

Malgré cela, les aliénés y étaient traités comme des criminels. De la Rive y supprima tout traitement de force et toute violence. En 1817, il proposa au Conseil d'Etat de bâtir un nouvel asile d'aliénés plus en harmonie avec les idées modernes. Mais l'émeute qui éclata peu après empêcha les pouvoirs publics de s'occuper de ce projet. En 1831, il fit un nou-

veau mémoire sur un changement indispensable dans le traitement et l'hospitalisation des aliénés.

La venue en Europe du choléra l'aida dans la réalisation de ses projets. En effet, le Conseil d'Etat décréta l'évacuation de la « Discipline » par les aliénés pour en faire un hôpital d'isolement en cas de choléra. On transféra alors les aliénés à Corsier où on les logea provisoirement dans une ferme aménagée hâtivement (1832). Là il put faire profiter ses malades des progrès réalisés par lui dans le traitement des aliénés. Il n'y eut que deux individus sous clef, les autres se promenaient librement, ou « travaillaient aux champs ». Il applique dans cet Asile primitif toutes les idées nouvelles, qui sont d'ailleurs encore en cours actuellement. On peut l'appeler vraiment un précurseur.

Le Dr de la Rive mourut en 1834, après avoir rempli gratuitement pendant trente-deux ans, avec zèle, les fonctions de médecin du département des aliénés de l'hôpital de Genève. Il n'eut pas la satisfaction de voir ses efforts couronnés de succès avec l'inauguration du nouvel asile des Vernets, qui eut lieu le 31 mai 1838. Cet exposé historique plein d'intérêt, pour ceux de Genève surtout, termine la séance, qui est levée à 11 heures.

Séance du 1er août (soir).

L'expertise médico-légale et la question de la responsabilité ;

par le Prof. Gilbert Ballet.

Il importe, en matière médico-légale, de préciser ce qu'on entend par *responsabilité*. Il faut à ce point de vue distinguer la responsabilité *morale* et la responsabilité *sociale* ; quant à la responsabilité *pénale*, elle n'a pas d'individualité propre et n'est que subordonnée à la précédente.

Or les questions de responsabilitité morale ne regardent pas le médecin ; elles sont subordonnées à l'opinion qu'on peut avoir sur le libre arbitre ou le déterminisme ; si l'on n'admet pas la liberté, il n'y a pas de véritable causalité et l'homme ne peut être responsable qu'en tant qu'il est considéré comme une cause libre ; ces questions sont donc d'ordre métaphysique et non d'ordre médical.

Tout autre est la responsabilité *sociale* ; elle vise non des fautes, mais des préjudices, elle comporte non des peines, mais une réparation ; elle n'implique pas nécessairement la précédente : elle existe donc aussi bien pour les aliénés que pour les criminels ordinaires. Au surplus, l'article 64 du Code

pénal, en vertu duquel le médecin est invité à donner son avis, vise un point de fait, d'ordre exclusivement médical et non la question de responsabilité ; c'est arbitrairement qu'on a pris l'habitude, contrairement à la lettre et à l'esprit de la loi, d'introduire cette question dans les ordonnances, les jugements à fin d'expertise ou les rapports médico-légaux. Il est possible, d'ailleurs, que ce soient les médecins eux-mêmes qui aient les premiers introduit dans leurs rapports un vocable qui a plu aux magistrats ; et le terme est adopté aujourd'hui couramment même par ceux qui se rendent compte que les questions de responsabilité ne sont pas du domaine médical ; la responsabilité devient ainsi, selon l'expression de M. Grasset, une responsabilité *physiologique*.

Cette manière de faire, dans beaucoup de cas, ne présente pas, il est vrai, de gros inconvénients ; par suite d'un consentement général, en effet, on est d'accord pour oublier ce qu'en fait signifient les mots *responsable* et *irresponsable* et pour considérer ces mots comme simplement synonymes des mots *normal* ou *malade*. Mais dans d'autres cas, elle entraîne des conséquences fâcheuses ; on a pu dire, en effet, que si le médecin pensait tout homme privé du libre arbitre et aliéné du fait même qu'il a commis un délit, il devrait, pour rester logique avec lui-même, refuser toute expertise ayant pour but d'établir la responsabilité ou l'irresponsabilité d'un prévenu.

Mais sans être aussi catégorique on peut s'arrêter à cette considération : le législateur, en supposant arbitrairement qu'en dehors des aliénés dits *irresponsables*, il n'existe que des criminels punissables contre lesquels la société est suffisamment protégée par l'application d'une peine proportionnée à la gravité de la faute, a méconnu l'existence d'un nombre considérable de délinquants qu'on n'est en droit de tenir ni pour des aliénés complètement irresponsables, ni pour des sains d'esprit responsables. Ce sont ces délinquants que les médecins ont pris la fâcheuse habitude de considérer comme atteints de *responsabilité atténuée*. Outre que cette expression n'a pas de signification médicale, elle a l'inconvénient d'entraîner comme sanction l'atténuation de la peine, la seule qu'elle paraisse logiquement comporter ; or, si de tous côtés on constate l'accroissement de la récidive on constate en même temps le rôle néfaste qu'y joue la notion de la responsabilité atténuée ; la plaie de notre système judiciaire est l'abus des courtes peines, qui ne remplissent ni l'office répressif, ni l'office curatif ; on les applique précisément à un grand nombre de délinquants dits à *responsabilité atténuée*, ce qui ne les empêche pas d'être, au point de

vue social, plus dangereux que beaucoup de criminels dits à *responsabilité complète.*

La notion de leur nocuité, qui résulte de l'examen médical, ne peut pas, parce que notion médicale, être négligée par le médecin expert, celui-ci, dès lors, ne sort pas de ses attributions en s'efforçant de faire ressortir devant les juges le degré de cette nocuité. S'il n'a pas à s'immiscer directement dans la question d'application de la peine, il doit s'abstenir pourtant de se servir, dans son rapport ou sa déposition, d'expressions, non prévues d'ailleurs par le Code, qui seraient de nature à déterminer une pénalité qui aurait un double défaut: celui d'imprimer une marque infamante à un délinquant qui relève de la médecine, et celui de protéger insuffisamment la société contre un délinquant redoutable. C'est le cas de l'expression de *responsabilité atténuée.*

L'usage abusif et contraire à la lettre du Code qu'on fait aujourd'hui des mots : *responsable, irresponsable,* à *responponsabilité atténuée,* tient,en partie, au légitime désir qu'a le médecin expert de répondre à la question posée par les juges, dans la forme même où elle est posée. Les objections que ces mots soulèvent sont valables pour le juge, dans ses ordonnances, aussi bien que pour le médecin. Il est désirable que médecins et juges,s'en tenant aux termes de l'article 64 du Code pénal, renoncent à les employer.

En résumé, le médecin légiste aura rempli son mandat lorsque, chez un aliéné criminel, il aura démontré ou la nature pathologique des motifs d'action (c'est-à-dire que ces motifs répondent à une idée délirante, à une impulsion irrésistible, ou à une hallucination), ou bien l'affaiblissement du jugement et de la mémoire, qui rend le dément incapable d'apprécier la valeur morale de ses actes. J. ROLET.

Discussion du rapport du Dr Gilbert Ballet sur l'expertise médicale et la question de responsabilité ;

Par le Dr GRASSET (de Montpellier).

Dans le très beau rapport qu'il a bien voulu rédiger pour le Congrès et qu'il a eu la grande amabilité de nous faire distribuer dès le 1er juillet, notre éminent collègue le Dr Gilbert Ballet pose admirablement la question comme le Congrès de Lille le souhaitait : *En matière d'expertise mentale, les questions de responsabilité sont-elles du domaine médical* ? Et, avec sa grande autorité, le rapporteur répond nettement : non, il n'appartient pas aux médecins, mais uniquement aux magistrats, de se prononcer sur la responsablité ou sur le degré de la responsabilité d'un inculpé ; « les questions de res-

ponsabilité ne sont pas du domaine médical ». La réponse est aussi franche que la question est nette.

Avec la même franchise et la même conviction scientifique, je me permets de venir défendre devant le Congrès l'opinion diamétralement opposée : à mon sens, *le médecin est parfaitement qualifié et il est seul qualifié pour éclairer les magistrats sur l'irresponsabilité ou la responsabilité et le degré de la responsabilité d'un sujet donné.*

1. Il n'y a que deux responsabilités, dit Gilbert Ballet, la responsabilité *morale* et la responsabilité *sociale*. La première appartient au philosophe, la seconde au magistrat ou au législateur ; aucune n'est question médicale ; donc, le médecin n'a rien à voir dans l'appréciation d'une responsabilité. Pour la responsabilité morale, nous sommes d'accord pour l'éliminer.

Quant à la responsabilité sociale, je crois que c'est une chose complexe, que la responsabilité *physiologique* ou *médicale* en est un élément et que par suite le médecin, s'il ne peut pas résoudre à lui seul toute la question, doit intervenir et apporte un document précieux, en étudiant cet élément spécial que, seul, il peut connaître et apprécier.

La responsabilité sociale ou *culpabilité* comprend beaucoup d'éléments divers,tels que la matérialité,les circonstances extérieures du fait, la provocation et la légitime défense, etc., toutes choses qui ne sont nullement de la compétence du médecin. Mais il y a un autre élément, celui même que vise le magistrat quand il pose ses questions au médecin expert : ce sujet est-il ou non responsable *médicalement* ? C'est-à-dire, dans la bataille prévolitive qui a précédé le crime, était-il ou non dans les conditions physiologiques et normales pour discuter et décider cet acte? Etait-il ou non en état de « démence » au sens *actuel* de l'article 64, c'est-à-dire était-il ou non malade ? Etait-il, pour employer encore les expressions de l'article 64, dans les conditions normales nécessaires pour « résister » aux forces qui le sollicitaient vers le mal? — Voilà une question qu'il faut résoudre pour établir la responsabilité sociale du sujet.Le magistrat ne peut la poser qu'au médecin. Le médecin a donc le droit et le devoir d'y répondre.

Gilbert Ballet nous dit que, dans cette question, le magistrat ne devrait pas employer le mot « responsabilité ». Je veux bien, pourvu qu'on propose un mot meilleur. — Ce que je me refuse à admettre, c'est que, sous prétexte que ce mot est mauvais et prête à confusion, on le supprime sans le remplacer et qu'on dise au médecin ; donnez-nous seulement votre diagnostic ; voilà votre seul rôle ; nous nous débrouillerons ensuite. — Pas du tout. Le médecin doit non seulement dire

au magistrat la maladie du sujet (s'il en a une) ; mais il doit dire l'influence que cette maladie a sur la *fonction responsabilité* du sujet.

Car, et c'est là un point sur lequel je me permets d'insister, la *responsabilité médicale* (cet élément de la responsabilité sociale sur lequel le magistrat nous interroge)est une fonction de nos neurones psychiques : *la responsabilité correspond à la normalité, l'irresponsabilité à la maladie de ces neurones.*

Gilbert Ballet me reproche, avec quelque malice, de n'avoir pas indiqué les moyens cliniques d'apprécier la normalité ou la maladie des neurones psychiques. Mais, ces moyens, je n'ai pas à les lui apprendre, il me les enseignerait plutôt. Que faisons-nous quand nous examinons un inculpé, que nous analysons ses sentiments affectifs, son sens moral, ses impulsions, son intelligence, sa mémoire, ses maladies antérieures, etc. ? Nous essayons d'établir l'état normal ou maladif de ses neurones psychiques. Si nous n'y réussissons pas toujours, je peux bien dire qu'en tous cas les non-médecins y réussiraient encore moins bien.

Donc, je le répète, l'expert n'a pas seulement à poser un diagnostic ; il doit dire si, comment et dans quelle mesure, cette maladie influe sur la fonction responsabilité, quelle est la responsabilité médicale ou physiologique. Cette responsabilité médicale *ne suffit pas* à établir la responsabilité sociale, mais elle est *nécessaire* aux magistrats pour qu'ils puissent établir cette responsabilité sociale. Il me semble qu'il n'y a pas là des « distinguo subtils » comme me le reproche Gilbert Ballet, mais bien une doctrine médicale scientifique et précise.

Donc, quand les magistrats nous interrogent sur la responsabilité ou l'irresponsabilité d'un sujet, nous n'avons pas le droit de nous dérober et nous avons le devoir de répondre. On peut, si l'on veut, avant de conclure, bien préciser le sens médical que l'on va donner au mot responsabilité dans ses conclusions et on doit dire ensuite nettement si le sujet examiné est responsable ou non.

2. Je passe à la notion de *responsabilité atténuée* qui est tout aussi énergiquement repoussée par Gilbert Ballet. Certes, l'éminent rapporteur ne nie pas les faits qui motivent cette qualification ; il admet très bien des malades, non irresponsables, qui sont cependant inférieurs dans la lutte contre les suggestions criminelles. Mais il ne veut pas parler pour eux de responsabilité atténuée parce qu'il ne veut pas que le médecin prononce jamais ce mot de responsabilité.

Je crois avoir répondu à cette objection en définissant le sens médical que les experts doivent donner au mot responsabilité. Avec ce sens, la notion de responsabilité atténuée

s'impose à tous les médecins ; car, c'est une loi générale de la physiopathologie, applicable aux neurones psychiques comme aux autres parties du corps, qu'il y a des degrés dans la maladie ; il y a donc des degrés dans le trouble de la fonction ; si la responsabilité est une fonction, la responsabilité atténuée s'impose comme une notion logiquement nécessaire, d'ailleurs démontrée cliniquement par les faits.

On m'objectera que tout le monde aura dès lors une responsabilité atténuée et on répètera la boutade d'Emile Faguet « ah ! oui Demifou! Je connais ; tout le monde l'est ! Et par conséquent je m'en f... ou plutôt je m'en demif... » ; ou celle d'Anatole France dans l'*Histoire Comique* « sur les médecins qui distinguent des moitiés de responsabilité, des tiers de responsabilité et des quarts de responsabilité et qui coupent la responsabilité par tranches comme la galette du Gymnase ».

Plus sérieusement, on m'objectera les difficultés qu'il y a à doser cette atténuation de la responsabilité. Je ne les nie certes pas. Mais elles n'empêchent pas le fait scientifique d'être vrai et cette appréciation difficile, c'est bien encore le médecin qui peut l'essayer dans les meilleures conditions.

Cette notion de la responsabilité atténuée est d'ailleurs acceptée par nos plus éminents aliénistes. Notre collègue Régis l'expose dans un passage que Gilbert Ballet cite avec éloge dans son rapport, et mon collègue Mairet vient d'écrire : Chez ces malades qui ne sont pas irresponsables la fonction dont la responsabilité « est l'expression est trop atteinte pour que, au point de vue de la lutte, ils puissent être placés sur le même pied que l'homme normal ; leur responsabilité par rapport à celle de celui-ci est, de ce fait, amoindrie, atténuée... Les atteintes à la fonction étant plus ou moins profondes, cette responsabilité a naturellement des degrés... Ce degré, le médecin peut s'en rendre compte ».

3. Aux raisons précédentes, qui me paraissent déjà bien justifier l'intervention du médecin dans les questions de responsabilité, je demande la permission d'en ajouter une autre d'ordre encore plus élevé.

Dans la doctrine de la responsabilité sociale qu'il adopte, la société, dit Gilbert Ballet, doit uniquement « se préoccuper du danger que l'inculpé fait courir à la société dans le présent ou l'avenir et des moyens propres à se mettre à l'abri de ce danger ». La responsabilité et la culpabilité se confondent avec la *nuisance* ou la *redoutabilité* du criminel ; la société ne punit pas, elle se protège et se gare.

Je veux bien adopter cette doctrine, mais à une condition absolue, c'est que, pour les *moyens de se garantir*, pour les

procédés de défense, il y a des distinctions à faire entre les divers inculpés. Comme le reconnaît Gilbert Ballet, si c'est au même titre, ce n'est pas « par des moyens identiques » que la société devra « se protéger... contre un criminel et contre un malade dangereux ». Et alors si on accepte ces différences de traitement des divers criminels, voici un nouveau et grave rôle dévolu au médecin : lui seul peut désigner les malades et les non-malades, ceux qui sont médicalement responsables ou demiresponsables, ceux qui, par suite, ne méritent que la prison, ceux qui ont besoin de l'hôpital.

C'est bien là une conséquence du verdict de responsabilité et c'est bien sur des arguments purement médicaux que ce verdict peut être rendu. Il appartient au médecin de bien insister sur cette idée. Une des conquêtes les plus positives de la sociologie contemporaine est la proclamation indiscutée du devoir qu'a la société de soigner ses malades. Ce devoir est aussi strict vis-à-vis des malades du psychisme que vis-à-vis des accidentés du travail ou des tuberculeux, et ce devoir ne disparaît pas parce que le malade psychique aura commis un crime ou un délit. Il est inadmissible qu'on veuille assimiler un malade nocif à un animal nuisible et qu'on écrive, comme on l'a récemment fait à propos d'un grand criminel : « Pourquoi dépenser l'argent des contribuables à nourrir des monstres pareils ? Quand un chien est enragé, on le tue. » Oui, quand un chien est enragé, on le tue, tandis que, quand un homme est enragé, on le soigne, même s'il a déjà mordu et au risque de se faire mordre soi-même. Il ne faut donc pas dire, comme me l'a dit M. Pierre Baudin : « nous avons un meilleur emploi à faire de notre pitié, de notre argent et de notre philosophie médicale que d'immuniser et d'hospitaliser des détraqués coupables..... Ce problème intéresse les médecins et les psychologues. Il doit laisser indifférents les juristes et les magistrats. »

Ceci ne paraît-il pas écrit au moyen âge ou même plus anciennement à l'époque des grandes batailles de la vie des cavernes ? Pourquoi ne pas sacrifier alors tous les vieillards devenus des bouches inutiles et ne pas jeter à l'Eurotas tous les enfants souffreteux qui ne seront qu'une charge pour la société ?

Je parais m'être éloigné du Rapport de Gilbert Ballet, et certes, ce sont là des doctrines qu'il répudie et réfute par sa vie et ses écrits de tous les jours. Mais voilà où on en arrive en voulant réduire le rôle et l'intervention du médecin dans ces questions de responsabilité, alors que le progrès social me paraît être intimement lié au développement croissant et indéfini de ce rôle et de cette intervention.

Trélat a cité cette phrase écrite en 1826 à propos de l'habitude qu'ont les magistrats d'interroger les médecins sur les sujets suspects de folie : « De bonne foi, il n'est aucun homme d'un jugement sain qui n'y soit aussi compétent que M. Pinel ou M. Esquirol et qui n'ait encore sur eux l'avantage d'être étranger à toute prévention scientifique. » Et, en 1907, M. Pierre Baudin écrit : « La société n'a pas à connaître du combat intérieur qui s'est livré dans l'âme du criminel au moment de la prévolition. Cela ne la regarde pas... Et quand la science, sortant de son domaine, aboutit à de telles conséquences, la science n'est plus qu'un paradoxe. Il convient alors de la surveiller. C'est aux magistrats de la consigner dans les laboratoires et de ne l'admettre dans les prétoires que pendant ses intervalles lucides. » C'est donc nous qu'il faut enfermer, dont il faut se garer. Il n'y a plus qu'à employer le million proposé à la ville de Paris à constituer, pour juger la responsabilité, une commission qui ne contienne aucun médecin.

Non. *La* SOCIÉTÉ *reste juge de la responsabilité* SOCIALE *d'un sujet ; mais elle ne peut l'apprécier qu'en demandant au* MÉDECIN *son avis sur la responsabilité* MÉDICALE *de ce sujet.* Si le médecin se refusait à l'éclairer sur ce point, elle ne pourrait plus traiter les criminels que comme des bêtes nuisibles, un chien enragé ou un serpent venimeux.

4. Je n'ai plus qu'un mot à ajouter. Gilbert Ballet fait très justement remarquer que le mot responsabilité n'est prononcé nulle part dans la loi et il conseille de s'en tenir au vieux texte de l'article 64.

Evidemment, il faut s'en tenir à ce texte, tant qu'il n'y en a pas d'autre. Mais il serait désirable, je crois, que la loi fût modifiée à ce point de vue et il appartient aux médecins, spécialement à ceux qui sont réunis dans ce Congrès, de formuler des vœux dont la réalisation serait peut-être moins lente que ne l'a été la réforme de la loi de 1838.

Je voudrais donc qu'au lieu de solliciter le retour pur et simple à l'article 64, les médecins demandent la *consécration par la loi* de *l'usage* établi par les magistrats de demander aux médecins leur avis sur la responsabilité médicale des inculpés, c'est-à-dire sur leur *santé psychique.* La loi pourrait dire nettement que, sous le nom de responsabilité, elle n'envisage ni la responsabilité morale, qui lui échappe, ni la responsabilité sociale qu'elle appellerait culpabilité, mais uniquement, la *responsabilité médicale* telle que nous l'avons définie. Les rôles seraient ainsi bien précisés : aux médecins on demanderait si l'inculpé est irresponsable, responsable ou a une responsabilité atténuée ; ceci serait un élément d'appré-

ciation pour le jury à qui on continuerait à poser la question de culpabilité.

Le verdict de responsabilité par les médecins n'entraînerait pas le jugement de culpabilité, mais serait nécessaire pour que la peine ordinaire soit infligée à l'inculpé. Quand le verdict médical porterait irresponsabilité ou responsabilité atténuée, le jury devrait tenir compte dans la fixation de la *nature* de la peine et des *conditions* dans lesquelles cette peine devrait être appliquée. Le *traitement obligatoire* dans un asile spécial pourrait être *prononcé* par les magistrats et de cette manière la société se défendrait aussi bien des fous et des demi-fous criminels que des criminels responsables, mais sans perdre de vue son devoir de les soigner et de les traiter en même temps.

Ne pensez-vous pas, Messieurs, qu'en introduisant ces précisions dans la loi, on la rendrait plus scientifique et plus humaine, qu'en même temps nous serions bien près de nous entendre tous et que partis avec Gilbert Ballet des mêmes principes médicaux et du même amour du malade, nous arriverions ainsi à des conclusions pratiques, sinon identiques, du moins très voisines ?

S'il en était ainsi on pourrait discuter le vœu suivant : Après avoir lu et discuté l'important Rapport du Professeur Gilbert Ballet sur l'expertise médico-légale et la question de responsabilité :

Le XVII[e] Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, réuni à Genève le 1[er] août 1907 émet le vœu :

1° Que dans la *loi* française soit expressément introduite la notion de ***responsabilité***, d'irresponsabilité et de responsabilité atténuée, en précisant que ce mot est pris exlusivement dans le sens de responsabilité médicale ou physiologique ;

2° Que la loi permette que dans certaines circonstances, le jugement ordonne comme complément ou en remplacement de la peine, le traitement *obligatoire*, dans des établissements spéciaux des condamnés dont la responsabilité a été reconnue atténuée ou abolie.

M. Joffroy (de Paris). — Comme l'a fait remarquer M. Ballet, il n'y a pas d'inconvénients graves à se servir du terme d'« irresponsable » lorsqu'on se trouve en présence d'un malade avéré, mais les difficultés commencent lorsqu'il s'agit d'inculpés congénitalement tarés et qui ont cependant agi avec un certain discernement. La conduite à tenir devient alors aussi embarrassante qu'en présence d'un convalescent pas

assez malade pour garder le lit, trop malade pour vaquer à ses occupations habituelles.

Ce qu'il faudra à ce demi-malade, au point de vue de l'alimentation, en particulier, ce ne sera pas un régime plus ou moins abondant que celui d'un sujet normal, ce sera un régime spécial. De même ce qui convient souvent à un demi-fou, c'est-à-dire à un demi-responsable, c'est l'asile plutôt que la prison, mais jamais le non-lieu.

Bref, je crois que, pour atténuer les divergences d'opinions qui séparent actuellement MM. Ballet et Grasset, il faudrait remplacer le terme de responsabilité par un autre mieux approprié, qui ne serait d'ailleurs pas très difficile à trouver.

M. Giraud (de Rouen), — J'estime avec M. Ballet, que les médecins ne doivent pas dans un expertise, faire de la métaphysique ; mais le principe de la responsabilité pénale sert de base à toutes les législations et la jurisprudence sur la responsabilité civile des aliénés est fort intéressante à considérer. L'aliéné peut être exonéré de la responsabilité civile aussi bien que de la responsabilité pénale.. On ne fait pas de la métaphysique en disant comme déduction du diagnostic médical que l'individu doit être considéré comme responsable ou irresponsable et on est obligé de tirer des déductions du diagnostic médical quand on conclut au placement dans un asile d'aliénés, car l'autorité administrative demande à l'expert d'affirmer la nécessité du placement. On nous fait un grief de ce que quelques médecins admettent plus facilement que d'autres l'existence de la folie; cela tient non à une manière différente d'envisager la question de responsabilité, mais bien à des divergences dans le diagnostic.

M. Ballet a eu raison de signaler les inconvénients des courtes peines infligées aux délinquants dont on déclare la responsabilité atténuée. Pour faire disparaître ces inconvénients, il ne suffit pas que les experts renoncent au mot de responsabilité,il faut provoquer une réforme de la législation. En attendant l'expert devra continuer à se servir des mots « responsable » et « irresponsable », mais en ayant soin de noter que ses déclarations sur la responsabilité ne sont que le corollaire de son diagnostic médical.

M. Régis (de Bordeaux). — L'expert n'a pas seulement à porter un diagnostic médical,il doit conclure,il faut une déduction médico-légale à son rapport. Pourquoi le terme de responsabilité ne subsisterait-il pas ?

M. Francotte (de Liège). — Je suis d'avis que la question de responsabilité pénale est de la compétence de l'expert aliéniste.Le Code pénal belge,pas plus que le Code pénal francais, dont il procède, ne fait mention expresse de la responsabilité

pénale ; mais il l'implique d'une façon indéniable. Sous le nom d'*infractions*, il désigne les actes qui, normalement, sont punissables ; or, la « punissabilité », si l'on veut bien accepter ce néologisme, n'est autre chose en fait que la responsabilité telle que doit l'envisager l'expert aliéniste, puisque l'aliéniste anglais Mercier la définit «la qualité en vertu de laquelle on est fortement susceptible de punition ».

Cette punissabilité, d'après le Code, disparaît dans certaines conditions, notamment par le fait de démence ou d'aliénition mentale ; il y a alors *justification* ; et c'est là l'irresponsabilité pénale de l'aliéné.

La punissabilité peut être amoindrie. Indépendamment des excuses le Code pénal admet des circonstances atténuantes qu'il ne définit pas, mais au nombre desquelles le sens commun et la pratique ont toujours compris les états intermédiaires entre la santé mentale et la folie.

M. Ballet concède de la part de l'expert la conclusion de responsabilité quand il s'agit d'un individu sain d'esprit, la conclusion d'irresponsabilité quand il s'agit d'un aliéné, et il convient lui-même que, dans ces cas, la conclusion s'impose d'elle-même sans qu'il soit besoin de la formuler. Il y a presque pléonasme à joindre à la déclaration d'intégrité mentale celle de responsabilité, à la déclaration de folie celle d'irresponsabilité.

C'est précisément quand une appréciation pourrait être nécessaire afin d'éclairer le juge que M. Ballet recommande surtout l'abstention ; je veux dire dans les cas intermédiaires entre l'aliénation et la normalité mentales, en d'autres termes quand il s'agit des demi-fous de M. Grasset ou des mastoïdes de M. Lombroso.

L'existence de demi-fous ne saurait être contestée que par des théoriciens. M. Ballet remarque très justement qu'ils fournissent le contingent le plus considérable des expertises psychiatriques.

Dire de quelqu'un qu'il appartient à cette catégorie, ce sera le taxer de responsabilité atténuée. On pourra même spécifier le degré de l'atténuation, l'estimer faible ou forte selon qu'il apparaîtra que le sujet se rapproche plus de la raison que de la folie.

Il incombe, en particulier, au médecin de montrer l'influence que des antécédents psychopathiques héréditaires, de la nervosité, de la débilité mentale ont pu exercer sur les déterminations du sujet, sur sa résistance morale, son jugement ; or, tout cela revient à apprécier la responsabilité, la punissabilité. Je reconnais que la conclusion de responsabilité atténuée entraîne parfois des mesures judiciaires inopportunes, dangereu-

ses peut être au point de vue de la sécurité sociale. Mais il y a un moyen, même dans l'état actuel de la législation, de parer, dans une certaine mesure à ces inconvénients. Tout en constatant qu'un individu présente une responsabilité atténuée, l'expert peut fort bien indiquer qu'à son avis il convient de n'en point tenir compte pour l'application de la peine. Si l'on s'en tient à la lettre des mots, je conviens que des conclusions de cette espèce sont un peu boiteuses, mais je les crois fondées en justice et en raison.

M. Paris (de Nancy). — Je pense que tout en se maintenant sur un terrain rigoureusement médical, l'expert aliéniste peut répondre aux questions de responsabilité. J'estime, en outre, qu'il serait désirable que l'expert, en présence d'un inculpé qu'il ne considère ni comme un véritable malade, ni comme un sujet normal, ne formulât que des conclusions provisoires, remettant ses conclusions définitives après l'audition de tous les interrogatoires qui précèdent immédiatement les plaidoiries.

M. Bard (de Genève). — Je ne puis qu'approuver la proposition de M. Ballet de renoncer à l'emploi du terme de responsabilité dans les rapports médico-légaux destinés à la justice pénale. De quelque épithète qu'on l'amende, quelque définition restreinte qu'on en veuille donner, le terme de responsabilité éveille inévitablement la notion de libre arbitre et de droit de punition. Le terme de responsabilité atténuée est passible naturellement des mêmes critiques.

Les difficultés présentes résultent de l'existence de délinquants dits à responsabilité atténuée, délinquants qui, d'une part, sont les plus dangereux et, d'autre part augmentent sans cesse de nombre. L'intérêt social exige absolument qu'on cesse de ne voir dans les états dits intermédiaires à la raison et à la folie qu'une simple circonstance atténuante assimilable à toutes les autres et justifiant comme elles l'application de courtes peines.

Les peines infligées par les tribunaux aux délinquants anormaux ne doivent plus être considérées comme des punitions, mais simplement comme des mesures de protection ou de défense sociale ; par suite, leur graduation et leur application doivent s'inspirer uniquement de données pratiques. La société doit se protéger contre les demi-fous sans cruauté inutile, mais avec toute la rigueur suffisante pour se protéger efficacement. La courte peine, en pareil cas, va à rebours du bon sens, c'est l'augmentation de durée qui s'impose. On peut compenser cette augmentation de durée par des modifications dans les modalités d'application. Tant qu'un anormal a assez de discernement cérébral pour que la crainte de la répression

pénale entre au nombre des facteurs de ses actes, il est justiciable de son application, et, pour ma part, c'est sous cette forme que je voudrais voir poser aux experts les questions qu'ils ont à résoudre sur la capacité mentale de leurs ressortissants. J'ajouterai que, à ce point de vue, la gravité des peines doit être non pas proportionnelle au degré de culture ou de discernement, comme le voudrait la notion de la responsabilité morale, mais inversement proportionnelle à ce degré, comme le démontrent l'évolution des peines au cours des âges et leurs différences actuelles dans les divers pays.

Je ne saurais cependant suivre M. Ballet quand il soutient qu'on peut se passer du terme de responsabilité sans le remplacer par aucun autre. N'étant ni psychiâtre, ni médecin légiste, je n'espère pas réussir à trouver ce terme, mais faute de mieux ne pourrait-on pas se servir de celui de discernement qui permet des degrés et que l'on emploie déjà dans des cas analogues lorsqu'il s'agit de délinquants encore enfants ? Je ne tiens pas plus à ce terme qu'à un autre, mais il me paraît évident qu'à une notion directrice nouvelle doivent correspondre des mots nouveaux.

M. Dupré (de Paris).— J'abonde dans le sens de M. Ballet. J'estime que la notion de responsabilité n'est pas d'ordre médical. L'expert doit se cantonner dans sa mission, qui, à mon avis, comprend trois parties : un diagnostic, un pronostic, un traitement.

Le diagnostic comprend la détermination de l'état mental de l'inculpé et du rôle joué par les lacunes ou les troubles psychiques dans la perpétration du délit. Le pronostic comprend la fixation du degré de *faillibilité* de l'accusé, c'est-à-dire la probabilité du récidivisme, et pour ainsi dire, le coefficient de nocivité, pour l'avenir, du délinquant.

Le traitement, dicté par les considérations précédentes, consiste dans l'indication des *mesures de protection* utiles à l'individu et à la société ; actuellement ces indications peuvent être difficiles à remplir, parce que nous manquons de l'organe administratif nécessaire à la défense de la société, l'Asile de Sûreté.

M. Bernheim (de Nancy). — Nous n'avons pas le moyen de résoudre la question de responsabilité atténuée et je serais prêt à répondre au magistrat qui m'interrogerait à cet égard qu'il m'est impossible de formuler une opinion.

M. Vallon. — Le terme de responsabilité était le trait d'union entre les médecins et magistrats. Pourquoi le supprimer ? Il restera seulement entendu pour les médecins qu'en aucun cas il ne saurait impliquer une idée philosophique, de métaphysique.

A la suite de cette discussion, M. Ballet a soumis à l'approbation du Congrès le projet de résolution suivant :

Vœu soumis au vote du Congrès, lundi matin.

Le Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française réuni à Genève et Lausanne, considérant :

1° Que l'article 64 du code pénal, en vertu duquel les experts sont commis pour examiner les délinquants ou inculpés suspectés de troubles mentaux, dit simplement qu'il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action; que le mot « responsabilité » n'y est pas écrit ;

2° Que les questions de responsabilité, qu'il s'agisse de la responsabilité morale ou de la responsabilité sociale, sont d'ordre métaphysique ou juridique, non d'ordre médical ;

3° Que le médecin, seul compétent pour se prononcer sur la réalité et la nature des troubles mentaux chez les inculpés, et sur le rôle que ces troubles ont pu jouer sur les déterminations et les actes desdits inculpés, n'a pas à connaître de ces questions ;

Emet le vœu : Que les magistrats dans leurs ordonnances, leurs jugements ou leurs arrêts s'en tiennent au texte de l'article 64 du code penal et ne demandent pas au médecin expert de resoudre les dites questions qui excèdent sa compétence.

Le témoignage des experts-médecins [illegible]

Par Clark Bell, L. L. D.

Président de la Société de médecine légale de New-York

Le salut du système de témoignage par l'expertise médicale [illegible]

[illegible]

[illegible]

bué ou par l'Etat ou par l'accusé, perd toute considération et toute confiance.

C'est une véritable honte pour la médecine que maintenant plus aucun cas important de démence homicide n'est jugé sans que les quatre ou six témoins de l'un des partis ne soient confrontés et équilibrés par un nombre égal de l'autre parti.

Les juges ne considèrent plus du tout l'expert-médecin comme un facteur important,et les jurés prétendent ne plus s'apercevoir de sa présence,et n'y accorder la moindre attention aussi ils n'hésitent pas à le déclarer publiquement de leurs sièges de jurés. Telle que la loi est à présent et tel que le rapport est présenté devant le jury, il n'a plus aucune valeur et les jurés ont parfaitement raison en leur refusant même de le prendre en considération.

Dans l'esprit du public, il est à peu près universellement accepté que l'expert-médecin rétribué, jure pour le parti qui l'engage et lui donne une compensation. C'est incroyable que la profession médicale soit tombée dans un tel abîme, comme tout ceci l'implique.

Nous sentons que les hommes honnêtes et bons de cette noble profession ne veuillent pas subir une telle critique et ne peuvent y être obligés, non plus qu'ils ne doivent supporter la tache qui souille le nom de leur profession et qui est due aux actions des personnages haut placés qui ont aidé à établir la condition telle qu'elle est maintenant, qui a permis à quelques médecins peu scrupuleux et cupides de se couvrir de honte et en même temps d'entacher la réputation de toute leur profession.

Une loi abolissant la question de l'hypothèse comme facteur dans les cas criminels aurait bien pu être appelée loi pour diminuer la quantité de parjures par les témoins-médecins dans de tels cas. Les experts-médecins sont des hommes comme les autres. Ils ne méritent pas la haine attachée au nom de leur profession. Ils ne sont ni faux, ni malhonnêtes, et tous, comme un seul homme, ne consentiraient pas qu'un tel état de mépris général continuerait d'exister. La faute est au système lui-même et non à la profession de la médecine.La loi devrait être changée de telle manière qu'elle rende impossibles des conflits d'opinion aussi scandaleux sur ce que le public et le jury considère comme une et même question.

Tout conseil sait que les médecins en général ne sont pas disposés à jurer sur une opinion qu'ils ne partagent pas. L'expert-médecin, proprement dit, et éclairé, n'hésite pas à dire confidentiellement au conseil qui l'a appelé après avoir

étudié le cas : « Ce n'est pas nécessaire de m'appeler dans ce cas, mon rapport ne serait pas à l'avantage de votre client ». Chaque avocat qui est un peu familiarisé avec la pratique criminelle aura entendu cela souvent. Ce n'est pas cette classe de témoins qui a créé la situation actuelle. C'est l'homme corrompu qui fait son métier de former et de vendre ses opinions à raison d'une compensation et ceci ne doit pas être attribué aux hommes de science, mais à des experts-médecins corrompus qui ne font que témoigner. Le contrôleur Metz a découvert des faits marquants, sur ceux qui sont appelés experts de biens immobiliers dont les noms sont bien connus et qui s'étaient vendus à la ville de New-York dans de récentes condamnations, pour jurer que la valeur de la propriété n'était que la dixième partie de sa valeur réelle, et dans quelques cas, dont j'ai eu connaissance, pour jurer que ces propriétés n'avaient aucune valeur. Aussi peu importe quelle conclusion est atteinte par la commission quant à l'évaluation, la propriété du possesseur est confisquée, parce que là où il y a un différend sur une valeur disputée, la cour ne veut pas interjeter d'appel et il n'a droit à aucune réparation, à cause de la corruptibilité et du parjure délibéré des experts.

J'ai connaissance de deux de ces experts qui ont détourné d'énormes sommes d'argent du trésor de la ville, en compensation de leurs services comme témoins dans des procès de condamnation, où dans quelques cas où ils juraient que des lots n'avaient que peu ou pas de valeur du tout, quand les honorables commerçants et éminents hommes dans cette branche les estimaient à D. 4.000, à D. 5.000 le lot, et qui maintenant pourraient être vendus le double même, mais ce crime amène le propriétaire à se soumettre aux conditions indiquées dans la loi, sur les valeurs contestées.

Le contrôleur connaît ces hommes. Leurs noms sont inscrits dans ses livres, et peut-être réussira-t-il à prévenir et arrêter leurs travaux et à les enfermer dans les prisons comme ils le méritent, mais il est en lutte avec la même question qui confronte actuellement les cours, et que la loi proposée par monsieur le juge Emery de la Cour suprême du Maine suggère comme un remède. La Société médico-légale a attaqué la question énergiquement et essayera de la faire écouter et d'obtenir quelque résultat.

A la dernière réunion de la Société, le président avait été autorisé à nommer un comité pour considérer le sujet dans son ensemble et toutes les communications faites ou à faire devaient lui être référées.

Le premier juge (chief judge) L. A. Emery, du Maine, a

accepté la présidence de ce comité. Le chancelier JOHN R. NICHOLSON, du Tribunal suprême de l'Etat de Delaware; le juge CHARLES G. GARRISON du Tribunal suprême de New-Jersey et JOHN W. POWEILL, premier juge (chief de justice) de la Cour Suprême de Vermont ont consenti à faire partie de ce comité.

Quelques hommes éminents du tribunal de la Cour suprême de plusieurs Etats ont été invités à agir et le comité est maintenant en voie de formation.

Des renseignements de plusieurs sources ont été sollicités afin d'être envoyés au comité, et leur rapport arrivera après les vacances de l'été, en automne, pour la considération et l'action de la Société médico-légale pour qu'il puisse atteindre les législations des différents Etats, les Associations du barreau, les hommes célèbres des deux professions de droit et de médecine et les juristes médico-légaux et experts médicaux les plus capables,afin de voir si quelque amélioration ne pourrait être trouvée pour relever l'expertise médicale de la situation dégradante où elle est manifestement tombée.

La nécessité de l'expertise médico-légale contradictoire ;

Par le Dr Paul ARCHAMBAULT (de Tours),
Médecin en chef de l'asile des aliénés.

Aujourd'hui encore, dans la jurisprudence française, le pouvoir du médecin expert est effrayant : il tient au bout de sa plume la vie ou l'honneur d'un individu. Tout en étant de très bonne foi, il peut se tromper, mal voir ou mal interpréter. Une telle puissance doit être partagée : l'appréciation d'une seule partie ne doit pas suffire. Toute expertise médico-légale devrait être contradictoire, et tout particulièrement les autopsies judiciaires ; un médecin choisi par la défense devrait assister aux opérations de l'expert et avoir la faculté, comme en matière civile, de faire connaître ses observations. Les contre-expertises actuelles, en matière d'autopsie, se font dans des conditions absolument défectueuses : le sujet autopsié depuis un temps plus ou moins long, a été sectionné, les organes ont été dilacérés, la décomposition est avancée, les constatations manquent fatalement de certitude. Il est donc de toute nécessité que dès la première autopsie l'expert soit contrôlé par un contre-expert : tous les médecins légistes doivent le désirer pour mettre leur responsabilité à l'abri de tout soupçon.

Séance du 2 août.

Les psychoses périodiques ;

Par le Dr A. ANTHEAUME (de Paris).

Que faut-il entendre par *psychoses périodiques* ? Si la périodicité et l'alternance sont, comme le soutenait MOREL, « des situations pathologiques observées dans toutes les variétés de folie en général », est-il légitime de définir par ces caractères un groupe spécial de psychoses ?

Sans doute, la périodicité, c'est-à-dire la reproduction de phénomènes de même nature à des intervalles plus ou moins réguliers, paraît être une loi qui régit tous les phénomènes de la physiologie, de la psychologie et de la pathologie humaine (menstruation, température, rêves, humeur, etc.), mais certaines psychoses offrent cette caractéristique majeure de se manifester seulement par des phénomènes d'excitation et de dépression dont la périodicité et l'alternance sont non plus accessoires mais essentielles. « Des accès de manie ou de mélancolie, tantôt isolés, tantôt conjugués, se reproduisant à intervalles plus ou moins éloignés, souvent un très grand nombre de fois durant la vie des malades » (G. BALLET). Définissons donc les psychoses périodiques qu'on peut désigner sous le terme global de « folie périodique ».

La périodicité et l'alternance de la manie et de la mélancolie ont été reconnues de tout temps, mais c'est à BAILLARGER et à J.-P. FALRET que revient l'honneur d'avoir isolé, en 1854, de la manie et de la mélancolie simples, la *folie à double forme* et la *folie circulaire*, variétés de la même entité morbide. Ces deux auteurs tracèrent le tableau clinique de la nouvelle maladie, en fixèrent l'étiologie, les symptômes essentiels et le pronostic.

En 1890, MAGNAN rattache à la folie intermittente les cas de manie et de mélancolie récidivantes, englobant ainsi dans une même entité tous les états d'excitation et de dépression qui n'appartenaient pas aux diverses psychopathies organiques, à la folie des dégénérés, à la mélancolie et à la manie idiopathiques. Magnan étudie avec beaucoup de soin l'hérédité de ces malades et estime qu'elle est moins grave chez les intermittents que chez les dégénérés. Il fixe la conception française de la folie périodique dans laquelle n'entrent point la manie et la mélancolie simples, idiopathiques, non récidivantes qui demeurent l'une et l'autre des entités au même titre que la folie intermittente.

KRAEPELIN, en 1899, rattache tous les cas de manie à la folie

périodique, pour laquelle il propose le terme de *folie maniaque dépressive* ; et il y fait entrer encore tous les cas de mélancolie, sauf ceux qui ne se développent pas au moment de l'involution présénile (mélancolie d'involution).

En somme, de 1854 à 1899, la nouvelle entité s'est constituée au détriment de la manie et de la mélancolie dont le champ s'est rétréci de plus en plus. L'œuvre de dissociation a commencé avec Baillarger et J. P. Falret ; elle s'est accentuée avec Magnan,en même temps que se constituait une œuvre de synthèse qui devait trouver dans les travaux de Kraepelin sa plus complète expression.

La *folie périodique* des auteurs français et la *folie maniaque* de Kraepelin se distinguent par certains points qui nécessitent de faire pour chacune d'elles une définition spéciale.

La *folie périodique* se définit par son étiologie,sa symptomatologie et son évolution. Au point de vue étiologique, cette psychose est essentiellement héréditaire, et cette hérédité est souvent similaire. Elle se développe de 25 à 35 ans et généralement sans cause occasionnelle bien nette. Le sexe féminin y est plus prédisposé.

Les symptômes de l'accès de manie ou de mélancolie de la folie périodique ne sont pas absolument ceux des accès de manie ou de mélancolie simples. Cependant, ils ne s'en distinguent que par des nuances parfois si indécises,que certains auteurs ne leur accordent aucune valeur. Le début est le plus souvent brusque, bien que parfois on note un « *signal-symptom* qui avertit de l'imminence de l'accès. La dépression et l'excitation sont atténuées ; les malades sont généralement lucides, bien orientés ; les idées délirantes, la stupeur, la surexcitation sont rares : « C'est, ainsi que le dit J.-P. Falret, le fonds de la manie et de la mélancolie sans leur relief ». Les périodiques sont particulièrement malveillants ; ils s'affublent volontiers de costumes étranges et collectionnent toutes sortes d'objets, etc.

L'évolution des accès est tout à fait caractéristique. Les accès isolés affectent une périodicité plus ou moins régulière,et généralement sont identiques entre eux ; les accès conjugués s'associent selon divers modes qui permettent de décrire la folie à *double forme*, la folie *circulaire*, la folie *alterne*. Entre les accès, les auteurs français admettent généralement un intervalle lucide au sens strict du mot. Cependant, au fur et à mesure que la maladie progresse, l'intervalle lucide devient de plus en plus court et de moins en moins complet.

La terminaison par la démence n'est que le fait de complications. La maladie évolue en une succession d'accès maniaques ou mélancoliques. Certains de ces accès sont tellement

peu accentués que le malade n'est pas interné : ce sont « les degrès atténués de la folie périodique observés dans le monde » dont J. Falret a laissé une magistrale description.

Le diagnostic de l'accès de manie et de mélancolie de la folie périodique doit être fait avec l'accès de manie et de mélancolie simples, avec les accès d'excitation ou dépression des dégénérés, des confus, des neurasthéniques, des hystériques, des épileptiques, des paralytiques généraux.

La conception de KRAEPELIN (la *folie maniaque-dépressive*) a été élevée sur le trépied de la psychologie, de la symptomatologie et de l'évolution. A la base de leur synthèse hardie, Kraepelin et son école ont placé une profonde étude psychologique qui leur a permis de montrer que la manie et la mélancolie, loin d'être des états contraires comme on le croyait généralement, sont des états homologues caractérisés l'un et l'autre par la diminution de l'attention volontaire, le ralentissement de l'association des idées, l'insuffisance des perceptions et l'indifférence émotionnelle. La paralysie des facultés psychiques supérieures se rencontre donc dans la manie comme dans la mélancolie, mais dans la première les facultés psychiques automatiques sont exaltées, tandis qu'elles sont inhibées, comme les supérieures, dans la mélancolie.

D'autre part, il n'y a pas, d'après Kraepelin, de manie et de mélancolie simples ; en effet, leurs symptômes sont semblables à ceux de la manie et de la mélancolie périodiques ; ils récidivent toujours ; les accès ne sont jamais uniquement maniaques ou mélancoliques, mais toujours à double forme ; enfin des malades présentent à la fois des symptômes de manie ou de mélancolie, des « états mixtes ».

La folie maniaque-dépressive peut donc se définir « une psychose constitutionnelle, essentiellement héréditaire, caractérisée par la répétition, l'alternance, la juxtaposition ou la coexistence d'états d'excitation et dépression ». (Deny et Camus).

La conception de Kraepelin a soulevé diverses objections, qui ne paraissent pas essentielles ; elle a par contre rallié un grand nombre d'adeptes ; elle semble gagner chaque jour du terrain ; elle permet de se faire de la folie périodique une idée très séduisante.

Au point de vue symptomatique, Kraepelin a enrichi cette psychose de la description des *états mixtes*. Ces états mixtes se rencontrent principalement au moment du passage d'un état mélancolique à un état maniaque, ou inversement ; ils peuvent encore se montrer à l'état isolé et constituer tout l'accès du malade. Dans ces états, les symptômes jusqu'ici rapportés à la manie et à la mélancolie se mélangent intime-

ment, démontrant, dit G. Ballet : « la commune origine et la nature identique de phénomènes en apparence opposés, c'est-à-dire de l'excitation et de la dépression ».

Kraepelin a décrit les six états mixtes suivants : la manie coléreuse ; la manie dépressive ; la manie improductive ; la stupeur maniaque ; la dépression avec fuite des idées ; l'inhibition maniaque.

La folie maniaque-dépressive est héréditaire dans 80, 90 % des cas et peut-être dans tous. Elle est plus fréquente chez la femme. Elle se développe dans les deux tiers des cas avant 25 ans, le premier accès apparaît généralement à la puberté ; souvent encore à l'involution présénile. A ce propos, Kraepelin a tout récemment mis en doute la légitimité de sa propre conception de la mélancolie d'involution et penche à considérer les faits qui lui avaient permis de décrire cette psychose, comme des cas de folie maniaque-dépressive développés au moment de l'involution. La plus récente conception de la folie maniaque dépressive semble donc être celle d'une psychose constitutionnelle en puissance dans l'individu et que mettent particulièrement en évidence la puberté et l'involution.

Pour Kraepelin et la grande majorité des auteurs étrangers, il n'y a pas, entre les accès, d'intervalle à proprement parler lucide. On y observe toujours certains phénomènes anormaux constants, tels que dépression de l'énergie psychique, irritabilité anormale, etc.

Le diagnostic différentiel particulièrement délicat est celui des accès d'excitation et de dépression de la démence précoce. Le diagnostic des états mixtes peut être très difficile. Le pronostic se résume en la formule paradoxale : « Les accès passent, mais la maladie reste ». La terminaison par l'affaiblissement intellectuel n'est le fait que de complications : artériosclérose et traumatismes notamment.

La pathogénie de la folie périodique et de la folie maniaque-dépressive est encore problématique. L'anatomie pathologique n'a donné jusqu'ici que des renseignements incertains. Cependant Anglade et Jacquin ont essayé de définir anatomiquement quelques cas de folie périodique par « la prolifération névroglique dans toutes les régions de l'écorce cérébrale, mais prédominant très nettement : 1° au niveau de la zone de Wernicke et du lobe temporal tout entier ; 2° au niveau du lobe occipital ».

Au point de vue thérapeutique, les différentes formes de la folie périodique ou de la folie maniaque-dépressive relèvent jusqu'ici du seul traitement symptomatique. Au point de vue médico-légal, les difficultés abondent en cette matière et,

selon la juste remarque de FALRET fils : « La médecine légale de cette affection sera toujours l'une des plus difficiles de la pathologie mentale, à cause des fréquentes variations d'état chez le même individu d'un moment à l'autre, à cause des intervalles lucides plus ou moins complets ou plus ou moins prolongés, à cause de la difficulté de distinguer l'intervalle lucide vrai de la simple rémission et surtout à cause du séjour habituel de ces malades dans le monde et dans la famille et non dans les asiles d'aliénés. » J. ROLET.

— M. RÉGIS (de Bordeaux). Je tiens à défendre la conception française. La théorie de Kraepelin ne peut être acceptée. Il est indéniable que dans cette maladie il y a des rémissions, des retours à l'état normal. J'appuie cette affirmation sur une statistique où, sur 181 malades atteints de folie maniaque, 26 pour 100 seulement ont récidivé et cela pendant une période de vingt-cinq années. Ce serait d'ailleurs un geste gros de conséquences que de supprimer ces rémissions, car du même coup on rejetterait ces malades dans la classe de ceux auxquels on a retiré leur personnalité civile.

M. G. BALLET. — Je suis un peu surpris de la statistique de M. Régis, d'après laquelle 70 à 80 % des cas de manie ou de mélancolie qu'il a observés appartiendraient aux formes simples, non récidivantes, de ces affections. Cette proportion me paraît considérable ; elle est en tout cas de beaucoup supérieure à celle de la plupart des auteurs. En ce qui me concerne, je n'oserai pas aller jusqu'à nier ces formes simples non récidivantes, mais je dois dire que je ne les ai rencontrées que tout à fait exceptionnellement. Du reste, à mon sens, il n'y a là qu'une constatation secondaire au point de vue de la question qui divise actuellement les aliénistes, à savoir si désormais nous devons substituer l'expression de « folie maniaque-dépressive » à celle de « folies périodiques ». Eh bien : je n'hésite pas à déclarer que je suis l'adversaire du mot et de la chose : du mot, parce que l'épithète « maniaque-dépressive » n'est pas grammaticalement construite : il faudrait dire, pour être correct: « excito-dépressive » ou « maniaco-mélancolique », mais ces expressions manquent vraiment trop d'élégance pour qu'elles aient quelque chance d'être adoptées.

J'estime, en outre, que nous devrions absolument bannir du langage scientifique le mot « folie » et cela avec d'autant plus de raison que ce terme de folie ne saurait en aucune façon s'appliquer à la grande majorité des malades que nous visons ici : on peut dire d'eux qu'ils sont atteints de psychoses, mais ils ne méritent pas le nom de fous. Je rappellerai que ces psychoses étiquetées : alternes circulaires, à double forme

etc., ne sont, en réalité, comme l'a fait justement observer M. Magnan au dixième Congrès international des sciences médicales (Voir *Semaine Médicale*, 1890, p. 297), que les différentes modalités d'une seule et unique maladie à laquelle je propose d'attribuer désormais le nom de « psychose périodique ». Et cela parce que la véritable caractéristique de cette affection est de se reproduire par accès.

Quant aux périodes intercalaires, quelquefois très longues, qui séparent ces accès, je ne suis pas convaincu qu'elles soient toujours aussi franches et aussi complètes que le soutient M. Régis.

Pour montrer combien il est facile à cet égard de commettre des erreurs, je puis citer d'abord l'existence des *états mixtes* si bien étudiés par M. Kräpelin, états de beaucoup les plus nombreux, dans lesquels les phénomènes d'excitation et de dépression *coexistant*, se *mélangent* et *s'enchevrêtent*, au lieu de se succéder comme dans la folie à double forme ou dans la psychose circulaire ; c'est ensuite ce fait, corollaire du précédent, mais capital dans l'espèce, que malgré des apparences opposées, les phénomènes d'excitation et de dépression ont la même origine et reconnaissent le même mécanisme psycho-pathologique.

Ces considérations, si brèves qu'elles soient, permettent, je crois, de conclure que l'expression de psychose maniaque dépressive est doublement justifiée, puisque l'association de l'excitation à la dépression est vraie non seulement pour l'ensemble des accès qui constituent cette psychose, mais encore pour chacun de ses accès envisagé isolément.

M. Vallon (de Paris). — Je suis de l'avis de M. Ballet. L'attention du psychiatre devrait surtout être attirée sur l'importance des prodromes qui permettent souvent de prévoir les accès.

M. Dupré. — Il est intéressant de rappeler au cours de cette discussion sur les psychoses périodiques l'observation de deux musiciens connus. Schumann eut six accès de manie pendant lesquels il écrivit ses plus belles pages. Hugo Wolf eut quatre accès au cours desquels il composa des volumes entiers de musique et quelques crises de mélancolie pendant lesquelles il lui était impossible de rien produire. Ils moururent d'ailleurs tous deux dans des asiles d'aliénés.

M. Deny (de Paris). — La théorie de Kraepelin est la seule qui cadre avec les faits d'observation clinique. On ne peut faire qu'un seul reproche au nom de « folie maniaque dépressive », celui de ne pas être élégant. Je ne crois pas qu'au cours de cette affection il puisse exister des périodes de rémission et de lucidité complète.

M. PAILHAS (d'Albi). — La *périodicité* et l'*alternance* peuvent être considérées comme l'expression d'une loi biologique réglant au sein des organismes la distribution successive des stades antagonistes de l'activité et du repos, de l'excitation et de la dépression. Elles sont essentiellement tributaires de l'automatisme. D'après cela, on conçoit que les troubles mentaux les plus affectés de périodicité régulière soient ceux qui, comme la folie menstruelle, empruntent et surbordonnent la périodicité de leur rythme aux mouvements périodiques de fonctions entièrement assujetties à l'automatisme. J'estime, par contre, qu'il ne faut pas faire rentrer dans le cadre des folies périodiques les accès maniaques ou mélancoliques qui sont séparés par des intervalles de plusieurs années. Il s'agit là de simples récidives. Il faut distinguer aussi avec soin d'avec les états vraiment périodiques les affections mentales dont l'intermittence se rattache à des circonstances étiologiques fortuitement survenues avec des apparences de périodicité ; succession de traumatismes physiques ou psychiques, puerpétalité, excès alcooliques, etc.

Si l'on peut conserver le terme de folie périodique pour indiquer des unités vésaniques où prédomine plus ou moins le symptôme périodicité, je crois avec Morel que la périodicité et l'alternance sont des éléments nosologiques trop compréhensifs pour servir de caractère spécifique à un ou plusieurs groupements ayant la valeur d'une entité morbide et méritant le nom de *psychose périodique.*

Circularisme et génie musical.

MM. DUPRÉ et NATHAN. — Il est intéressant de déterminer l'influence qu'a exercée, dans ses accès opposés, la psychose périodique sur la fécondité et l'orientation du génie littéraire, artistique ou scientifique. Cette influence apparaît des plus manifestes dans l'œuvre de Schumann et de Hugo Wolff.

La vie de Schumann a été traversée par six grandes crises de dépression mélancolique, entre lesquelles on retrouve des périodes de suractivité productive, avec expansion de l'humeur, qui correspondent à des crises d'excitation.

Dans les dernières années, l'œuvre inégale et tourmentée du grand artiste reflète des oscillations plus marquées dans l'activité psychique qui diminue ; puis apparaît du délire hallucinatoire, une tentative de suicide et Schumann meurt d'une encéphalopathie diffuse chronique de nature mal déterminée.

Hugo Wolf, mort de paralysie générale, présenta, de vingt-sept à quarante ans, quatre crises d'excitation, au cours des-

quelles il composa des centaines de lieder : entre les crises, longues périodes d'inactivité et de silence musical absolu.

Ces deux observations sont intéressantes à rapprocher à cause de l'analogie des effets de la psychose périodique sur le génie des deux musiciens, morts tous deux d'une affection organique du cerveau, d'ailleurs étrangère à la folie intermittente.

Sur les psychoses d'origine cardiaque ;

Par les Drs Henri FRANÇAIS (de Paris) et Gustave DARCANNE (de Fougères).

Les trois malades que nous avons étudiés sont atteints d'insuffisance mitrale. L'absence d'antécédents urémiques et le balancement qui s'est établi entre les aggravations de symptômes cardiaques et les troubles cérébraux montrent bien le rapport intime existant entre la maladie du cœur et l'état psychique. Chez nos deux premiers malades, des accidents de dépression caractérisés par une diminution de l'activité mentale, de l'apathie, de l'aboulie, un caractère sombre ont dominé la scène durant la première phase des troubles mentaux. Durant la seconde période, les phénomènes d'excitation ont tenu la plus grande place. Ils étaient caractérisés par une agitation vive, un délire diffus dominé par des idées d'orgueil et de grandeur. Il convient de noter,en outre, l'existence de tentatives de suicide qui ont été la conséquence des idées délirantes,et qu'on a souvent signalés dans la folie cardiaque. Chez notre troisième malade, les troubles psychiques ont consisté seulement dans un accès de puérilisme mental. Ce syndrome bien décrit par M. Dupré est constitué par une sorte de régression de la mentalité au stade de l'enfance. Il n'a pas été signalé jusqu'ici au cours du délire cardiaque. Ce syndrome n'appartient à aucune espèce morbide déterminée et n'a pas de signification étiologique précise. Nous croyons qu'il convient de le considérer ici comme un témoin de l'affaiblissement intellectuel engendré par les troubles de la circulation cérébrale ou par l'intoxication. Il a la valeur d'un phénomène de dépression portant uniquement sur l'intelligence. Nos deux autres malades ont présenté un mélange de phénomènes d'excitation et de dépression portant sur l'ensemble des fonctions psychiques. Telle est, sans doute, la raison du caractère diffus et mobile de leur délire.

Nous ne pensons pas qu'il soit possible de décrire une folie cardiaque ayant ses symptômes propres. Les phénomènes observés consistent en général en des phénomènes d'excitation et de dépression plus ou moins étendus et diversement com-

binés. Les accidents dépressifs sont cependant les plus fréquents et peuvent exister à l'état isolé. Quelle que soit la forme revêtue par les perversions de l'état mental, excitation ou dépression, il ne s'agit en somme que de modalités réactionnelles différentes à des troubles de nature et d'origine identique.

Contribution anatomo-pathologique à l'étude des localisations motrices corticales. — A propos de trois cas de sclérose latérale amyotrophique avec dégénération de la voie pyramidale suivie au Marchi de la moelle au cortex ;

Par les Drs Italo Rossi (de Milan) et Gustave Roussy (de Paris).

On admettait jusqu'à ces dernières années, comme une donnée classique et définitivement acquise, que la zone motrice corticale occupe chez le singe et chez l'homme la région rolandique, à savoir les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, le lobule paracentral et peut-être aussi le pied d'insertion des trois circonvolutions frontales. Grünbaum et Scherrington (1901), au moyen de la faradisation unipolaire, (préférable selon eux à la méthode bipolaire jusqu'ici employée), ont montré que la zone excitable (motrice) chez le singe anthropoïde ne s'étend pas en arrière du sillon de Rolando, c'est-à-dire que la pariétale ascendante ne fait partie de la zone motrice corticale.

Ces résultats ont été confirmés chez le singe, par les expériences de Vogt, de Brodmann, et chez l'homme, par l'excitation faradique unipolaire du cortex au cours de trépanations (Krause, Mills, Frazier, Cusching, Lloyd). En outre des recherches histologiques toutes récentes (Kolmer 1901, Brodmann, 1903, Campbell, 1905) sont venues appuyer ces résultats expérimentaux en montrant qu'il existe, aussi bien chez le singe que chez l'homme, des différences cytologiques notables entre les deux circonvolutions rolandiques. Ce dernier fait permet de supposer que ces deux circonvolutions ont une fonction différente.

De là est née une nouvelle doctrine qui tend à admettre, que, chez l'homme aussi, contrairement à la doctrine classique, la circonvolution pariétale ascendante n'est pas motrice.

L'étude des lésions corticales dans la sclérose latérale amyotrophique, — affection uniquement systématisée au neurone moteur —peut fournir, elle aussi, un argument plaidant en faveur de cette nouvelle conception.

Nous avons pu suivre, dans *trois cas de sclérose latérale*

amyotrophique, la dégénération de la voie pyramidale (au Marchi et au Weigert) de la moelle sacrée jusqu'au cortex, à travers le bulbe, la protubérance le pédoncule et la capsule. Dans les trois cas, l'étude de la topographie des lésions corticales (des fibres et des cellules) montre qu'il existe entre Fa et Pa un contraste des plus frappants. On note en effet, dans Fa la dégénération des fibres radiaires très nette au Marchi, plus légère, mais évidente au Pal ; altérations cellulaires (grandes cellules pyramidales et cellules géantes de Betz) ;— dans Pa au contraire, aspect tout à fait normal des fibres, par la méthode de Pal ; pas de lésion cellulaire ; présence de quelques très rares fibres radiaires dégénérées, décelables seulement par la méthode de Marchi.

Ces constatations, analogues à celles de Probst et de Campbell, parlent d'une façon générale en faveur de la nouvelle conception sur la topographie de la zone motrice corticale et montrent que, conformément aux recherches expérimentales et histologiques sus citées, il faut revenir aujourd'hui des données jusqu'ici classiques sur la délimitation de cette zone.

Nos cas personnels nous autorisent à admettre que, très vraisemblablement, l'origine de la voie pyramidale, et, partant, la zone motrice corticale, se trouvent chez l'homme presque exclusivement limitées dans Fa. Nous disons *presque exclusivement*, par ce que la présence de quelques rares fibres dégénérées dans Pa (au Marchi) ne nous permet pas d'être aussi absolus que Campbell pour refuser à Pa toute représentation motrice. En effet, nous croyons qu'on doit faire quelques réserves en faveur d'une participation, *quoique tres minime*, de Pa à la zone motrice corticale.

Nervosisme thyroïdien. — Formes cliniques ;

par les Drs Léopold Lévi et H. de Rothschild.

D'un travail fondé sur 76 observations nous concluons : Le nervosisme est souvent en relation avec le mal fonctionnement de la glande thyroïde et peut se présenter sous les formes suivantes : 1° Hyperthyroïdie nerveuse. L'expérimentation animale, le thyroïdisme alimentaire chez l'homme, la clinique, permettent de rattacher l'état de santé à la maladie de Basedow par toute une série d'états intermédiaires de nervosisme : hyperthyroïdie minima continue, ou paroxystique, hyperthyroïdie bénigne, chronique, disséminée ou localisée.Basedow fruste. 2° Hypothyroïdie nerveuse. Le nervosisme accompagne tous les degrés de l'insuffisance thyroïdienne, et a son expression la plus flagrante dans la neu-

rasthénie thyroïdienne. 3° Instabilité nerveuse thyroïdienne. 4° Dysthyroïdie avec hyperthyroïdie, 5° Dysendocrisies couplées (thyroovarienne) tricouplées thyrohypophysoovarienne.

Le nervosisme sexuel chez la femme, tout en mettant en relief une notion étiologique importante, synthétise les formes que nous avons analysées. Un traitement opothérapique approprié sera la sanction de la notion pathogénique du nervosisme thyroïdien.

Confusion mentale chez un achondroplase. Glycosurie. Acétonurie;

Par MM. Chaumier et Taty (de Lyon).

MM. Chaumier et Taty (de Lyon) présentent l'observation d'un achondroplase de 28 ans qui, ayant éprouvé de la polydipsie, fit quelques abus de boissons alcooliques et eut de la confusion mentale après une courte période prodromique de mélancolie anxieuse avec tentative de suicide.

L'observation montra que ce malade avait du diabète sucré et de l'acétonurie légère. En vingt jours, sous l'influence du bromure et des alcalins, la glycosurie et l'acétonurie disparurent et la confusion mentale alla en s'atténuant peu à peu. Deux périodes de traitement par l'iodothyrine en cachets à dose progressive de 0 gr. 30 à 1 gr. par jour achevèrent la cure. Le malade sortit de l'asile au bout de trois mois et demi très amélioré. Quinze jours après la sortie la guérison est complète. Le malade présente encore du diabète insipide. (polyurie, polydipsie).

Les auteurs estiment qu'en raison des antécédents héréditaires et personnels du malade, son observation vient à l'appui de l'opinion qui assigne à la tuberculose un rôle important dans la genèse de l'achondroplasie. Ils pensent aussi que la confusion mentale épisodique a été due à une intoxication d'origine diabétique qui, chez un malade non prédisposé, ou bien en l'absence de soins opportuns, aurait pu amener le coma diabétique.

Séance du 5 août.

Le Congrès des médecins aliénistes, après avoir tenu ses assises à Genève, s'est transporté le 5 août à Lausanne. Ce fut au palais de Rumine qu'eut lieu la séance où le 3e rapport portant sur « *la nature et la définition de l'hystérie* » devait être discuté.

Le rapport concernant *l'hystérie* : *Définition et nature*

de l'hystérie : a été confié à deux co-rapporteurs. M. Schnyder de Berne, et M. Claude, de Paris. Il était utile qu'une question aussi délicate fût étudiée et mise au point par deux spécialistes également autorisés mais d'école différente. La lecture de ces deux rapports nous permet, en effet, d'avoir sur la nature de l'hystérie une vue d'ensemble aussi complète et aussi consciencieuse que possible.

Définition et nature de l'hystérie.

Résumé du rapport de M. CLAUDE.

L'auteur français constate, comme son collègue suisse, du reste, la grande difficulté à délimiter le cadre des accidents hystériques. Aussi essaie-t-il de caractériser les manifestations auxquelles on doit appliquer l'épithète d'hystérique. Il expose et critique avec beaucoup de justesse les propositions de M. Pitres et les idées connues de M. Bernheim et de M. Babinski : « La conception de M. Bernheim est tout arbitraire et ne peut être justifiée par aucune raison pathogénique, car si toute l'hystérie réside dans le paroxysme nerveux créé par l'émotion, pourquoi déclarer que celui-ci sera limité à la crise convulsive dramatique. L'hémiplégie, la paraplégie, le mutisme, l'amaurose, sont des équivalents de la crise d'origine émotive....Je crains que la définition de M. Babinski n'assigne au domaine de l'hystérie des limites trop étroites. Elle n'est pas justifiée par une démonstration du trouble psychique inhérent à l'hystérie. Certes, elle s'accorde avec la généralité des faits, mais elle ne peut s'appliquer à un certain nombre d'entre eux ; rejeter de parti pris ces derniers du cadre de l'hystérie au nom d'une définition qui n'est nullement l'expression de la nature des troubles qui constituent la névrose, c'est faire une classification commode pour les besoins de la nosographie, mais arbitraire ».

L'anatomie pathologique et l'étude de la nutrition chez les hystériques ne peuvent pas éclairer la physiologie pathologique de la névrose. Il n'y a pas de formule urinaire de l'hystérie, mais le microscope peut déceler des lésions organiques qui resteraient facilement latentes si l'hystérie, amplifiant le trouble fonctionnel, ne le faisait apparaître d'une manière éclatante.

M. Claude passe en revue les théories psychologiques de l'hystérie (MM. Janet, Grasset, Binswanger, Claparède, Bernheim) et montre combien ces conceptions sont fragiles. Les théories physiologiques ne donnent pas une meilleure expli-

cation. Une définition scientifique de la nature de l'hystérie ne peut être donnée actuellement. On ne peut que tenter de grouper les caractères paraissant essentiels pour différencier les manifestations qualifiées d'hystériques. En se basant sur l'état constitutionnel et les aptitudes psychiques du sujet on peut donner de l'hystérie la définition suivante : *L'hystérie peut être considérée comme une diathèse prenant, en général, son origine dans un état constitutionnel du système nerveux, le nervosisme caractérisé par un défaut de régulation dans les processus réflexes élémentaires. Elle tire son caractère propre de la faculté qu'acquiert le sujet d'isoler, d'une façon consciente ou inconsciente, certaines perceptions ou aperceptions, et de leur laisser prendre, pendant un temps plus ou moins long, en dehors de l'activité psychique supérieure, une importance telle qu'elles exercent une action dynamogénique considérable sur certaines fonctions, et cela, grâce à la modification primitive des processus réflexes et aux dépens d'autres perceptions et aperceptions laissées dans l'ombre.* R. LEROY.

Tant que MM. Claude (de Paris) et Schnyder (de Berne) occupent la tribune, l'assemblée est calme ; mais il n'en sera pas de même lorsque M. Babinski viendra soutenir ses théories. Une discussion assez vive s'engage en effet entre lui et M. Sollier.

La science suisse ne s'est pas montrée inférieure à la science française, et le co-rapporteur de M. Claude a su tout aussi bien que l'agrégé de Paris intéresser l'Assemblée.

Résumé du rapport de M. SCHNYDER.

Tous les efforts tentés jusqu'ici pour faire rentrer les innombrables troubles qualifiés d'hystérie dans le cadre d'une entité morbide ont été infructueux. L'hystérie considérée de la sorte apparaît comme un protée gigantesque et échappe à toute définition. M. Bernheim va même jusqu'à revendiquer pour la crise seule la dénomination d'hystérique.

L'hystérie est la manifestation psychopathologique par excellence, l'expression la plus primitive la plus ordinaire des faiblesses inhérentes à la mentalité humaine. Il n'y a pas de mentalité hystérique proprement dite. Elle se présente sous des aspects différents suivant les conditions ethnologiques et sociales des individus (hystérie infantile, hystérie féminine).

Les états hystériques dérivent par des transitions insensibles de la mentalité ordinaire. La modification hystérique de la mentalité est constituée par l'exagération et la perversion de réactions psychiques et psycho-psychiques qu'on rencontre chez l'individu normal, en particulier les réactions

émotionnelles et les manifestations de la suggestibilité. On peut retrouver dans la mentalité de l'enfant la base de toutes les manifestations hystériques et parler d'une hystérie infantile physiologique. Chez l'adulte, l'hystérie est étroitement liée à certaines conditions psychiques qui représentent, en somme, une régression de la mentalité vers le type infantile, caractérisé surtout par un défaut de jugement logique.

L'hystérique se laisse entraîner par ce défaut initial dans un système d'auto-suggestions qui finissent par troubler profondément sa personnalité. M. Schnyder montre l'importance des causes morales pour le développement des états hystériques et considère même l'hystérie comme un mode de réaction anormal de l'individu à l'égard des exigences de la vie. Ce mode de réaction anormal est souvent la conséquence des entraves que l'ordre moral et social apporte à l'expression des tendances naturelles humaines, d'où la fréquence de la psychonévrose chez la femme.

L'hystérie est avant tout une maladie d'évolution de l'esprit humain ; elle représente une brisure dans le développement de la mentalité. Aussi l'hystérie, dans sa forme pure, est-elle la maladie des individus jeunes, comme elle est aussi la maladie de l'enfance de l'humanité. On la rencontre rarement chez le vieillard dont la mentalité a terminé son évolution. Elle apparaît dans l'histoire chaque fois que les opérations de l'esprit humain sont contenues et réprimées par les lois d'airain de l'ordre établi, dans les périodes qui précèdent les grandes révolutions morales, sociales et politiques. Elle n'appartient pas aux périodes de décadence des peuples. Elle se manifeste chez les individus dont la mentalité représente un stade primitif dans l'évolution mentale de l'espèce, ainsi chez l'enfant.

Certaines classes d'individus présentent également une mentalité qui constitue pour l'hystérie un terrain de culture favorable. Cette maladie psychique est la réponse ordinaire aux exigences de la vie chez tous les déracinés et les désenchantés qui présentent encore la simplicité des réactions psychiques de l'enfant.

Dr Terrien (de Nantes).— Je ne veux pas apprécier, discuter les définitions données par les deux rapporteurs MM. Claude et Schneyder, parce que, je le déclare bien sincèrement, je n'ai pu parvenir, malgré tous mes efforts, à les comprendre. Elles sont peu claires, ces définitions, elles ne font qu'embrouiller une question déjà fort embrouillée d'avance.

Je retiendrai dans le rapport de M. Schneyder, mais pour la critiquer, une phrase qui m'a fort étonné. J'y trouve, en

effet, cette affirmation : la suggestion agit beaucoup plus chez le neurasthénique que chez l'hystérique et M. Schneyder nous indique dans quelles proportions : 70 %, chez les neurasthéniques et 43 %, seulement chez les hystériques.

Eh bien ! Si je dois m'en rapporter à mon expérience personnelle, à mon expérience déjà longue, d'autant plus longue, que le hasard m'a jeté pendant plus de dix ans dans un véritable foyer d'hystérie, et, à moins que mes hystériques et neurasthéniques vendéens et bretons ne ressemblent pas aux hystériques et neurasthéniques suisses, non seulement je dois renverser les proportions, mais je dois aller plus loin et dire : la suggestion, la persuasion agit peu ou pas dans la neurasthénie, agit beaucoup et presque toujours dans l'hystérie.

D'ailleurs j'étais mieux placé que personne pour apporter une saine appréciation dans cette question, car je n'avais pas en face de moi cette hystérie *cultivée, éduquée*, comme on est exposé à la rencontrer dans les hôpitaux, dans les grands centres chez des populations moins primitives que celles au milieu desquelles j'ai vécu, mais j'avais en face de moi l'hystérie « nature ».

Ceux d'entre vous qui ont parcouru le livre que j'ai publié récemment sur l'hystérie et la neurasthénie des paysans, ont pu voir avec quelle facilité je supprimais instantanément, par la persuation, les gros accidents de l'hystérie, ils ont pu également remarquer le peu d'efficacité de la suggestion chez mes neurasthéniques.

J'apporterai donc ici ces mêmes conclusions que je formulais déjà au Congrès de 1900. Car les faits dont j'ai été depuis le témoin n'ont pu que me confirmer dans ma première appréciation.

La suggestion, la persuasion est le véritable traitement des accidents de l'hystérie, le seul qui soit réellement efficace tandis qu'elle est presque sans effet dans la neurasthénie.

Je ne veux point m'étendre sur la façon avec laquelle on a critiqué la définition donnée par mon maître Babinski. Il est là, il la défendra lui-même, il la défendra mieux que je pourrais le faire. Je dirai simplement que c'est à cette définition que je me rattache, parce qu'elle est la plus claire, la plus nette, et qu'elle répond le mieux à la conception que je me suis faite de l'hystérie.

Cependant je me séparerai de M. Babinski sur un point important. Je lui dirai, avec tout le respect que j'ai pour sa haute autorité scientifique, avec tout le respect que j'ai pour son nom, qui représente une des gloires les moins contestées les plus sympathiques de la médecine Française, je lui dirai qu'il

a tort, de ne vouloir accepter comme phénomène hystérique que le phénomène qu'il a pu provoquer lui-même, par suggestion, ou effacer lui-même, par persuasion.

Je lui ferai remarquer qu'il n'a pas vu tous les hystériques qu'il verra peut-être demain l'hystérique chez qui il pourra provoquer tel phénomène qu'il nie jusqu'ici, et cela, parce qu'il n'a pas encore trouvé l'hystérique pouvant le produire sous son commandement.

Ainsi M. Babinski nie la fièvre hystérique, nie les troubles vaso-moteurs dans l'hystérie, nie les troubles trophiques dus à l'hystérie.

Je lui ai cité un cas de fièvre hystérique. Je vous dirai sa réponse : « le cas est impressionnant, a-t-il écrit, et il entraînerait ma conviction, si j'avais pu provoquer, par suggestion, un de ces accès ? » Je ne l'ai pas fait, parce que je n'avais pas le plus léger doute sur la nature de cette fièvre. Si j'avais eu de l'hésitation, il est probable que j'aurais songé à faire ce que désirait Babinski.

En quelques mots voici le fait :

Je suis appelé près d'une jeune fille de ferme, qui présentait de la fièvre. L'état général était satisfaisant, je pensai à la grippe,et j'allais rédiger l'ordonnance lorsque la mère me dit : « C'est certainement la lune qui a produit cet accès, comme elle a produit l'accès du mois dernier, et l'accès d'il y a deux mois. Voilà trois mois consécutifs, qu'au premier quartier, ma fille, à la fièvre, pendant deux ou trois jours. »

Vous savez tous, messieurs, l'influence qu'à la campagne on attribue à la lune, sur l'éclosion de certaines maladies : convulsions, fièvre, etc.

En entendant ce langage je déchirai vite mon ordonnance, et me tournant vers la malade, je lui déclarai que je ne lui instituerais pas aujourd'hui de traitement, je reviendrai le mois suivant, à la même époque, constater la fièvre, vous voyez quelle mauvaise psychothérapie je faisais, c'était de la psychothérapie à rebours, cette fois je serai fixé sur la nature de cette fièvre et je formulerai la médication qui la guérira. »

Le mois suivant, au premier quartier de la lune,je retourne près de la malade que je trouve au lit et avec la fièvre T° 39. C'est moi-même qui, par deux fois, ai mis le thermomètre.

Je lui ordonnai aussitôt, à notre malade, des pilules de Bleu de méthylène, en lui tenant le petit discours d'usage, je la persuadai que,grâce à ce médicament,et malgré la lune ; la fièvre ne reparaîtrait plus, et, elle n'a plus reparu.

A quoi attribuer, sinon à l'hystérie, une fièvre qui revient tous les mois, pendant quatre mois consécutifs, et toujours au moment du premier quartier ?

Le premier accès était, sans doute, de nature grippale, mais par une simple coïncidence, il avait lieu au premier quartier de la lune ; il n'en fallut pas davantage pour que la mère y vit une relation de cause à effet, pour qu'elle communiquât son impression à sa fille, et, par un phénomène d'autosuggestion, le second accès se produisait, de nature hystérique celui-là, puis le troisième, celui que j'ai constaté, enfin le quatrième celui que j'ai peut-être contribué à provoquer.

Quant aux troubles vaso-moteurs dans l'hystérie, j'en citerai un cas type. M. Babinski ne m'adressera pas ici le reproche qu'il me faisait au sujet de la fièvre, car, en dehors des crises spontanées d'asphyxie locale des extrémités, j'ai pu provoquer, par suggestion, un de ces accès.

Voici le fait. Un jeune homme présentait, deux ou trois fois par jour, le phénomène de « la main de cadavre » avec le froid, la paleur du cadavre, les ongles violacés, l'insensibilité du cadavre. Ces crises duraient trois quarts d'heure à une heure environ. Désirant présenter le malade à la Société de médecine de Nantes, et craignant qu'au moment de la présentation, un accès ne se produisit pas, j'ai essayé de provoquer le phénomène ; j'y suis parvenu. Je dois dire néanmoins, pour être exact, que je n'ai pas obtenu les ongles violacés du cadavre, mais j'avais le froid, la paleur, l'insensibilité du cadavre, j'obtenais en un mot, la main de cadavre. C'était donc bien un phénomène hystérique.

Dès lors, puisque l'hystérie peut produire des troubles vasomoteurs dans le sens de la vaso-constriction, l'hystérie, il est rationnel de le penser, pourra produire des troubles vaso-moteurs dans le sens de la vaso-dilatation. Et, si cette vaso-dilatation est poussée assez loin, nous pourrons avoir rupture vasculaire, nous pourrons avoir une hémorrhagie qui sera de nature hystérique.

Je n'ai pas vu d'hémorrhagie hystérique, mais tout m'indique qu'elles peuvent exister parce qu'elles sont très explicables, nous venons de le voir.

Enfin, je puis présenter un cas assez remarquable de troubles trophiques de la peau chez une hystérique et dus à l'hystérie. C'est une malade qui a présenté de nombreuses manifestations hystériques.

C'est d'abord de l'anorexie avec vomissements hystériques, si incoercibles que le médecin traitant dut substituer à l'alimentation stomachale, inutile et douloureuse, l'alimentation sous-cutanée, sous la forme de cacodylate de soude, 4 centigr. en injections, et l'alimentation rectale, sous la forme du lavement peptonisé.

En dehors de ce phénomène, la malade a été aveugle pen-

dant 108 jours, mais ce n'était pas de la cécité proprement dite, la malade ne voyait pas, parce que les yeux demeuraient absolument clos. Pour voir, pour se diriger, elle était obligée de soulever, avec les doigts ses deux paupières qui étaient complètement paralysées. Il y avait paralysie de la branche du moteur oculaire commun qui préside aux mouvements d'élévation de la paupière supérieure — et seulement de cette branche — puisqu'il n'existait pas de strabisme, et pas de modifications pupillaires. La psychothérapie faite, avec un courant électrique, l'a débarrassée instantanément de cette paralysie.

Cette malade a présenté des troubles trophiques de la peau très caractéristiques. Sur divers points du corps, des phlyctènes apparaissaient d'une façon irrégulière, quelques unes atteignaient le volume d'un œuf de poule, et ces troubles de la peau ont persisté pendant trois mois environ.

J'ai pu provoquer une de ces phlyctènes.Discrètement je pressais un point circonscrit de la peau, déterminant ainsi de la rougeur et je disais à la malade : « Ici va se produire une phlyctène, car je remarque déjà de la rougeur. » La malade, tourmentée à la pensée qu'une nouvelle phlyctène va apparaître, a les yeux constamment fixés sur ce point, et le lendemain la phlyctène se dessinait, petite d'abord, puis atteignait les dimensions des phlyctènes spontanées. Je n'en veux pas dire davantage, j'arrive aux conclusions.

1° Il ne faut pas voir l'hystérie partout, mais il faut la voir là où elle se trouve. On ne doit pas, comme le fait Babinski, rayer du cadre de l'hystérie tel phénomène, parce que l'on ne sera pas parvenu à le provoquer soi-même, par suggestion, ou effacer soi-même par persuasion.

2° On ne doit pas,comme vient de le dire M. le Professeur Bernheim, réserver à l'hystérie que les convulsions,n'accepter que l'hystérie convulsive, s'il en était ainsi, je me trouverais dans cette situation singulière, moi qui avais conscience d'avoir vu tant d'hystériques,tant de paralysies considérées comme hystériques, tant d'astasie-abasie, de contractures, d'aphonie, de cécité hystériques, que je n'aurais pas vu d'hystériques, ou très peu d'hystériques, puisque l'hystérie à crises est très rare en Vendée, 3 cas sur 300 environ, voilà la proportion.

3° C'est à la définition de Babinski que je me rattache parce qu'elle est la plus claire, ainsi que je l'ai dit parce qu'elle s'accorde le mieux avec les faits, et surtout parce qu'elle indique bien le caractère essentiel véritablement pathognomonique de cette maladie ; l'obéissance à la persuasion.

M. Babinski (de Paris). — Il n'est pas nécessaire,avant de

définir l'hystérie, d'en définir le mécanisme. Il faut, avant tout, délimiter l'objet que l'on se propose d'étudier sous peine de tomber fatalement dans la confusion, et délimiter un objet n'est-ce pas le définir ? Cette définition doit être exclusivement basée sur des caractères cliniques.

J'ai pensé qu'il y avait lieu d'établir une classe spéciale pour des manifestations ayant comme caractères de pouvoir être reproduites par suggestion, chez certains sujets, avec une exactitude rigoureuse et d'être susceptibles de disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion.

Il ne suffit pas qu'un trouble se développe sous une influence psychique, telle qu'une émotion, une tension d'esprit, pour qu'on soit en droit de l'attribuer à la suggestion. Il faut, pour cela, que la volonté soit réellement maîtresse des phénomènes en question, c'est-à-dire qu'elle soit capable d'en déterminer et d'en faire varier à sa guise le siège, la forme, l'intensité et la durée. C'est ce qui a lieu, par exemple, pour les paralysies, les contractures, les anesthésies, les attaques dites hystériques. Il ne suffit pas, non plus, qu'un trouble disparaisse à la suite d'une intervention psychothérapique pour qu'on soit en droit de soutenir que c'est la persuasion qui l'a fait disparaître. Il faut que la guérison soit immédiate, afin d'écarter l'influence possible du temps et du repos ; il faut enfin se défier de la possibilité des coïncidences.

Ce groupe de manifestations auxquelles j'ai donné l'épithète de *pithiatiques* (guérissables par persuasion) me semble bien délimité.

Il est un certain nombre de troubles morbides qu'il est impossible de mettre sous la dépendance de l'hystérie. Il est impossible de modifier par suggestion l'état des réflexes tendineux, cutanés, pupillaires.

Les troubles circulatoires, les troubles dans les réflexes vaso-moteurs peuvent, il est vrai, apparaître sous l'influence d'émotions, mais émotion et suggestion sont choses distinctes et on s'accorde maintenant généralement pour reconnaître que la suggestion expérimentale ne peut les produire par ses propres forces.

En admettant que des œdèmes aient pu naître et disparaître sous l'influence de fortes émotions, ce caractère ne les assimilerait nullement aux phénomènes pithiatiques.

J'en dirai autant des hémorragies cutanées, des hémoptysies, des hématémèses, du mélæna, des hématuries, de l'albuminurie, de l'anurie, de la fièvre. Ces divers phénomènes, qui d'ailleurs ne sont pas tous assimilables les uns aux autres, constituent un deuxième groupe qu'il y a lieu d'opposer au premier groupe, celui des phénomènes pithiatiques.

Les phénomènes du premier groupe sont-ils indépendants des phénomènes du deuxième groupe ou y a-t-il un lien entre eux ?

M. Claude, d'accord avec M. Raymond, croit avoir trouvé ce lien dans une « modification plus ou moins durable du régime des réflexes cérébraux » qui, suivant qu'ils seraient inhibés ou excités, pourraient engendrer des accidents appartenant aux deux groupes.

Mais pour les raisons que j'ai énoncées au début, on ne peut trouver là un caractère de délimitation.

En résumé, les troubles du premier groupe, que j'appelle pithiatiques, se distinguent des troubles du second groupe et aucun fait clinique ne permet de rattacher ces deux groupes l'un à l'autre. Si l'on veut conserver le mot hystérie, qu'il vaudrait peut-être mieux abandonner, car étymologiquement il ne répond nullement à l'objet qu'il désigne, il doit s'appliquer exclusivement au premier groupe.

Je crois donc pouvoir dire que la définition de l'hystérie que j'ai donnée est fondée sur l'observation et la critique des faits, qu'elle ne constitue en rien, comme certains l'ont dit, une pétition de principe et que ce n'est pas arbitrairement que j'ai retracé le champ de l'hystérie.

M. Claparède (de Genève). — Il me semble que nous ne pourrons avoir une vue d'ensemble des manifestations de l'hystérie que si nous nous élevons un peu au-dessus des faits bruts, de l'atmosphère purement clinique, afin de les envisager non seulement au point de vue psychologique, comme l'a fait M. Janet, mais encore au point de vue de la biologie en général. Il ne faut pas oublier, en effet, que l'organisme est l'aboutissant d'une longue série de formations et que nous ne pouvons le comprendre que si nous le comparons à celles-ci.

On peut concevoir les manifestations hystériques de deux façons : ou bien comme des phénomènes morbides nouveaux, de néoformation, ou bien comme l'exagération de phénomènes physiologiques normaux. C'est à cette seconde manière de voir que l'on paraît se rallier. M. Bernheim a insisté tout à l'heure sur le fait que la plupart des troubles dits hystériques se rencontrent sous une forme plus ou moins atténuée chez tout le monde, par exemple lors des manifestations émotives. Notre collègue — et quelques auteurs avec lui — considère les réactions hystériques comme des réactions normales exagérées. Mais quelles sont ces réactions ? Quel est leur caractere commun ? Leur nature ? Quelle est leur signification biologique ? C'est ce que personne n'a envisagé aussi je me permets de vous soumettre l'idée suivante :

Les réactions hystériques sont des réactions ayant la signi-

fication de *réactions de défense* ou des phénomènes symbolisant une défense. Mais ce sont, pour la plupart,des réactions qui ne sont plus usitées chez l'individu normal qu'à l'état rudimentaire ; quelques-unes d'entre elles ne sont peut-être que la réviviscence de réactions ancestrales dont l'utilité biologique ne se laisse saisir que chez les animaux qui les pratiquent.

Le propre de l'hystérie apparaît comme une anomalie (constitutionnelle ou acquise, — ce point est à trancher) du système nerveux caractérisée par une tendance à l'exagération de l'activité réactionnelle de défense. L'influence bienfaisante de la psychothérapie et de la confiance, qui agissent principalement en relâchant les réflexes de défense des malades, s'expliqueraient facilement avec l'hypothèse ci-dessus.

Il est naturellement possible que le déséquilibré mental produit par ces troubles (primaires) de réaction inhibitive engendre des symptômes secondaires qui n'aient, eux, rien à faire avec des réactions de défense.

M. Bono (Rome) a fait une enquête dans tous les hôpitaux de Paris pour savoir 1° si les chefs de service pourraient lui montrer des hystériques présentant des troubles trophiques et vaso-moteurs tels qu'œdème, phlycthène, hémorragie, fièvre ; 2° quelle était l'opinion de chacun d'eux sur la nature hystérique de ces troubles. Il résulte de ces recherches que, dans aucun service, on a pu lui montrer un cas de ce genre, et que tous les spécialistes de la peau, à l'exception du prof. Gaucher, ne croient à la nature hystérique de pareils troubles.

M. Sollier (de Boulogne-sur-Seine). — Ce qui cause la confusion actuelle sur la question de l'hystérie, c'est l'introduction dans son étude des conceptions philosophiques, psychologiques, morales et même métaphysiques. Il nous faut rester sur le terrain anatomique et physiologique, si nous ne voulons pas tomber dans des discussions scolastiques sur des mots que nous sommes incapables de définir, comme conscience, idée, image, représentation, etc. Tout le monde semble s'accorder à reconnaître, cependant, que pour faire des accidents hystériques il faut un terrain spécial. Ce terrain peut être constitutionnel ou acquis. Acquis, c'est l'ébranlement nerveux, — choc physique ou moral, — c'est l'émotion ou encore les arrêts de fonctions qui les déterminent. C'est donc une question de résistance du système nerveux d'abord, qui permet à certaines réactions de se produire, réactions qui sont peut-être plus intenses, mais non différentes de ce qui se produit à l'état normal. Seulement il s'y ajoute quelque chose et c'est ce quelque chose qui constitue l'*état hystérique*. C'est qu'une fois produit il a tendance à persister (idée ou accident somatique). Cet état ainsi fixé amène, suivant le degré de l'ac-

tivité cérébrale auquel il correspond, les différents symptômes de l'hystérie selon les régions du cerveau atteintes. L'hystérie présente en effet des manifestations motrices, sensitives, vasomotrices, viscérales et psychiques et ces dernières n'ont pas plus d'importance que les premières. Toutes sont au même titre fonctions de l'activité cérébrale. J'ai considéré comme une sorte de sommeil d'inhibition, d'engourdissement — peu importe le mot — cet état hystérique essentiellement caractérisé par de l'amoindrissement de l'activité cérébrale. en ajoutant que cet état a une tendance à rester le même une fois produit, au lieu que le système nerveux revienne à son activité normale.

Pour le démontrer je me suis adressé à l'expérimentation et j'ai procédé, par des excitations psychiques, motrices, ou sensitives surtout, au réveil des fonctions enrayées. A la suite de ces excitations qu'on varie suivant les cas, suivant la prédominance de telles ou telles manifestations hystériques, les troubles disparaissent en général très rapidement.

L'hystérie n'est donc pas une entité morbide. C'est un mode spécial de réagir du système nerveux et particulièrement de l'écorce cérébrale, qui a tendance à rester fixé dans les états de moindre activité où il se trouve amené par différentes causes, physiques ou morales.

J.-J. Rousseau jugé par M. Régis.

Un congrès de médecins aliénistes ne pouvait se réunir à Genève sans parler de J-J. Rousseau. A maintes reprises, nous avons publié dans le *Progrès* des articles sur la médecine historique et plusieurs fois nous avons souhaité de voir se multiplier ces études sur l'histoire au point de vue médical. En cela d'ailleurs, nous le reconnaissons volontiers, nous ne faisons que prêcher les idées émises depuis longtemps par les Cabanès, Witkowsky, Villard et autres. M. Régis, dont tout le monde sait la vivacité curieuse de l'esprit, vient d'ajouter une nouvelle page au travail qu'il a entrepris sur J.-J. Rousseau dont il a merveilleusement jugé le caractère, jetant ainsi, par la recherche des causes, un jour tout nouveau sur les actes et les écrits du grand philosophe.

Je me représente très bien le Prof. Régis débarquant à la gare de Genève et oubliant bagages, congrès et famille, courant à la recherche de ses amis de la société Jean-Jacques, les rencontrant et passant avec eux une nuit de débauche, débauche de souvenirs, débauche dont profitèrent le lendemain les membres du Congrès.

On ne peut vraiment juger un homme qu'à condition d'avoir le plus d'éléments pour formuler son opinion sur lui.

Pour juger un contemporain, c'est tout d'abord sur son allure physique, sa tenue, son veston ou son nez que l'on établit ses idées. Après, quelquefois, mais pour ce faire, on passe pour un esprit à fois taquin et profond, on recherche ce qu'il a fait, quelles sont ses idées, quelle est son intelligence. Pour un homme du passé on fait tout le contraire, on le juge sur ses écrits ses actes et on oublie de le juger sur sa personne. Dans les deux cas, le médecin, particulièrement le médecin psychologue, vient combler cette lacune. Pour le contemporain, il passe superficiellement sur le veston pour approfondir l'esprit, et pour l'autre, il n'insiste pas sur les fruits de l'intelligence et décrit, avec la netteté que lui permet la patine du temps, l'allure physique et physiologique de l'homme des siècles passés. Dans les deux cas il fait œuvre d'historien et de savant. Je crois que l'on comprendra ainsi tout l'intérêt de l'originale communication de M. Régis sur J.-J. Rousseau dont nous reproduisons, malheureusement trop résumées, les idées principales.

M. B.

Après avoir parlé des antécédents héréditaires de Rousseau, M. Régis insiste sur l'état neurasthénique constitutionnel dont Rousseau a souffert toute sa vie et auquel s'associait un assez fort degré d'artério-sclérose. Voilà son état pathologique fondamental. Mais il y a eu autre chose. Rousseau a eu des phases délirantes avec idées de persécution. Il n'a jamais eu d'hallucination. Dans les dernières années de sa vie (phase présénile, il arrive à une période moins aiguë, moins intense avec quelque chose de tranquille et de rasséréné, comme le récit d'un vieillard qui évoquerait dans un lointain adouci les dramatiques événements de sa vie d'autrefois.

C'est la période où il écrit son dernier ouvrage : les « Rêveries d'un promeneur solitaire ». Il avait à ce moment 64 ans (deux ans avant sa mort).

L'affaiblissement lent de l'intelligence chez Rousseau n'a pas été bien signalé, mais il est certain. L'auteur de l'*Emile* était bien trop pénétrant analyste et trop bon observateur de lui-même pour s'y tromper, et il a noté les premiers signes de sa décadence intellectuelle en termes d'une précision et d'une justesse admirables. Il n'est pas possible de dépeindre mieux que dans ses dernières lettres et dans ses « Rêveries » le début de la décadence intellectuelle avec ses deux caractères fondamentaux: la faiblesse de transformation des sensations en idées ; le rétrécissement du champ cérébral.

L'affaiblissement mental existait donc déjà à un certain degré chez Rousseau sur la fin de ses jours. Il est présumable

que si l'ictus dont il est mort n'avait brusquement coupé court à cette décadence commençante, il fût tombé, par degrés, dans la démence par ramollissement lent des artério-scléreux.

Le trouble psychopathique de J.-J. Rousseau n'est donc en rien, comme on le voit, incompatible avec l'existence d'une artério-sclérose neurasthénique ; il vient même la confirmer.

On s'est demandé si l'affection mentale de Rousseau était curable. Cette affection, mélancolie à délire de persécution, greffée sur une artério-sclérose neurasthénique, était susceptible de se modifier de façon relative sous la double influence du traitement moral (repos d'esprit, éloignement du monde, renoncement à tout, que Jean-Jacques s'est si judicieusement imposé à lui-même) et du traitement physique, à la fois antitoxique et vasculaire. Il est certain qu'une telle thérapeutique eût pu amender notablement l'ensemble des symptômes morbides.

Nous citerons en outre les communications qui ont été faites dans,les séances des 3, 4 et 5 août, de M. Arnaud (de Vannes) *Psychasténie et délire* : Dupré et Camus, les *cœnesthopathies*, Prof. Mahaim ; *A propos de l'aphasie* Bonjour (Lausanne); *Diagnostic différentiel des crises épileptiques et des crises hystériques.* Mlle Dr Roubinowitch (New-York) fait deux communications très intéressantes sur la *pression sanguine dans les états épileptiques* et sur *les moyens de rappeler à la vie les animaux électrocutés.*

M. le Dr Long (Genève) fait défiler en projections une nombreuse série de coupes d'une moelle épinière pour servir de *contribution à l'étude anatomo-clinique du tabès dorsalis.*

MM. le Dr Long et Nicki (Genève) présentent en projections d'intéressantes photographies et coupes d'un *cas d'agénésie cérébrale par transformation kystique d'un cerveau pendant la vie intra-utérine.*

M. le Dr Anglade (Vaucluse) parle de la *méningo-corticalite diffuse dans la paralysie générale.* M. Courtellemont (d'Amiens) : Paraplégie spasmodique familiale. P. Bernheim : Conception du tabès. M. Etienne (Nancy) : Les cellules des cornes antérieures dans les arthropathies nerveuses. Ataxie oculomotrice d'origine labyrinthique dans le tabès. Ecchymoses spontanées zoniformes. M. Royet (Lyon) : Neurasthénie et maladies du rhino-pharynx. Mlle Roubinowitch : La génèse du génie. MM. Rayneau et Nouet : Délire chronique de grossesse chez une débile. MM. Antheaume et Roger-Mignot : Néphrite cantharidienne et délire toxi-alcoolique tardif.

Trois cas d'hypothermie d'origine nerveuse.

MM. L. MARCHAND et M. OLIVIER. — A côté des hyperthermies dues à des lésions du système nerveux, il y a lieu de décrire des hypothermies. Contrairement aux hyperthermies, qui sont généralement en rapport avec des lésions aiguës encéphaliques, les hypothermies sont en rapport avec des lésions cérébrales à évolution lente, et sont un signe précurseur d'un dénouement fatal. Elles s'observent fréquemment chez les paralytiques généraux et chez les déments dont l'affection cérébrale a suivi un cours régulier et lentement progressif. Les auteurs rapportent les trois cas suivants :

1° Obs. : Début de la paralysie générale à 54 ans, hémiparésie droite. Démence. Idées de richesse et de satisfaction. Inégalité pupillaire.Crises d'excitation. Mort à l'âge de 57 ans. La température rectale est tombée la veille de la mort à 28° ; elle s'est abaissée progressivement pour tomber au moment de la mort à 23°. L'examen des urines n'a décelé ni sucre, ni albumine. A l'autopsie, lésions classiques de la paralysie générale. Pas de lésions du foie, de la rate et des reins.

2° Obs. : Début de la paralysie générale à 35 ans. Troubles du caractère et de la mémoire. Léger ptosis double. Embarras de la parole et inégalité pupillaire. Crises d'agitation. Démence progressive. Hallucinations visuelles. Ni albumine ni sucre dans les urines. Mort à 40 ans. La température rectale est tombée trois jours avant la mort à 29°, pour s'abaisser progressivement à 28°5 au moment de la mort. A l'autopsie, lésions de méningo-encéphalite diffuse subaiguë. Pas de lésions microscopiques des reins et du foie.

3° Obs. : Développement intellectuel tardif. Caractère orgueilleux. Premier internement en 1884, à l'âge de 35 ans; deuxième internement en 1886 ; troisième internement en 1887 ; quatrième internement en 1892. Idées de grandeur et idées de persécution. Violences. Deux ictus en 1902 ;troisième ictus en 1904 ; quatrième ictus en 1905. Démence et idées de grandeur absurdes. Cinquième ictus en 1906. Pas de sucre, pas d'albumine dans les urines. Mort à 57 ans. Du 18 au 24 mai 1906, époque du décès, la température rectale est tombée progressivement de 36° à 30°7. Autopsie : méningite chronique et sclérose de la couche moléculaire du cortex ; athéromatie cérébrale et nombreux foyers lacunaires. Pas de lésions microscopiques du foie, des reins, de la rate. Emphysème pulmonaire. Athérome de l'aorte, sclérose de la glande thyroïde.

D'après les auteurs, ces hypothermies sont d'origine ner-

veuse. Les urines des sujets ne contenaient aucune substance pathologique ; dans un seul cas, elles renfermaient des traces d'indol. Les examens histologiques n'ont révélé aucune lésion appréciable des principaux organes thoraciques et abdominaux.

La paralysie générale progressive et la folie alcoolique en Grèce.

M. YANNIRIS (d'Athènes) présente un résumé d'une étude statistique sur la *paralysie générale* et la *folie alcoolique* en Grèce. De ce travail résultent les conclusions suivantes :

1° La paralysie générale est assez fréquente en Grèce (15-20 %). 2° La paralysie générale est très rarement observée chez la femme en Grèce, car parmi les 380 paralytiques généraux, 19 seulement étaient des femmes ; 3° La paralysie générale est dans 75 % des cas de nature syphilitique ;

Les conclusions sur l'étude de la *folie alcoolique* sont :1° La folie alcoolique est très rare en Grèce, 4,11 % ; elle compte 83 cas, dont 3 femmes seulement, sur un total de 2.000 aliénés ; 2° La rareté de la folie alcoolique en Grèce doit être attribuée à la bonne qualité des boissons alcooliques ; 3° La folie alcoolique est très rarement rencontrée chez la femme en Grèce ; 4° La proportion de la folie alcoolique chez la population hellénique de l'Empire ottoman est beaucoup plus élevée, 15 % (asile des aliénés helléniques de Constantinople), ce doit être attribué au grand usage de la boisson connue sous le nom de « raki » et à l'usage des alcools provenant ordinairement des substances amylacées ; 5° La paralysie générale de nature alcoolique est très rare en Grèce.

A propos de la syphilis cérébrale diffuse.

M. Ch. LADAME (asile de Saint-Pirminsberg). — La *syphilis cérébrale diffuse* appartient au groupe des formes vasculaires de la *lues cerebralis*. Ses lésions sont diffuses et d'intensité variable ; elles se portent principalement sur les petits vaisseaux et les capillaires de l'écorce. Certains symptômes cliniques et certains faits anatomiques la font distinguer de la paralysie générale avec laquelle on peut la confondre. Les symptômes cliniques principaux de la syphilis cérébrale diffuse sont : *a*) S. somatiques : Rigidité pupillaire à l'action de la lumière, irrégularité du contour, anisocorie, réaction paradoxale. Exagération des réflexes musculo-tendineux anesthésies ou hyperesthésies. Parésies et paralysies de localisation variée, agraphie, aphasie, etc. Pas de paralysie progressive, marche lente, par poussées. Attaques apoplectiques avec séquelles.

b) S. psychiques : Affaiblissement intellectuel plus ou

moins accentué, partiel et stationnaire, n'atteignant pas les fonctions de la vie de relation.

Le malade conserve des notions très suffisantes de sa personne ; l'orientation dans le temps et le lieu est bonne. Le malade n'acquiert pas des notions nouvelles, mais le stock des connaissances acquises reste stationnaire. Les fonctions supérieures (l'intellect, etc.) sont très réduites.

Les lésions anatomiques sont : *a*) macroscopiques : Leptoméningite chronique, atrophie cérébrale, parfois plus marquée au niveau de certaines circonvolutions. L'ependyme ventriculaire présente souvent du chagrinement. Pas de lésions en foyer. *b*) microscopiques : Artérite et phlébite oblitérante.Obturation des petits vaisseaux et des capillaires par des thrombus hyalins. Dégénérescence hyaline des parois des artères de petit calibre. Hémorragies capillaires. Infiltration des gaines lymphatiques des petits vaisseaux de l'écorce des lymphocytes, des plasmazellen. Envahissement des substances grise et blanche par les éléments sus-mentionnés et par les cellules en bâtonnets. Hyperplasie névroglique disséminée. Atrophie des fibrilles nerveuses. Dégénérescence, neuronophagie et destruction des cellules ganglionnaires.

La syphilis cérébrale diffuse se distingue essentiellement sinon toujours aisément de la paralysie générale par les caractères suivants : 1. Les attaques apoplectiques avec résidus. 2. Les symptômes en foyer à localisation variée. 3. La marche de la maladie qui procède par poussées et reste enfin stationnaire. 4. La réduction des facultés intellectuelles et non leur anéantissement. 5. La conservation des notions de la personnalité, de l'orientation, etc. 6. Les lésions vasculaires inflammatoires oblitérantes des artérioles et veinules de l'écorce. 7. L'infiltration accentuée des substances grise et blanche. 8. L'efficacité du traitement spécifique.

Abolition des illusions du goût par l'emploi local de l'acide gymnémique.

MM. les Drs M. BELLETRUD et E. MERCIER.— L'acide gymnémique, principe de la *Gymnema sylvestris*, est doué de la remarquable propriété de déterminer, lorsqu'on en frotte la langue, une agustie complète pour le sucre et l'amer. Les auteurs ont recherché, chez plusieurs malades présentant des illusions du goût, quel était l'effet du badigeonnage de la langue à l'aide d'une solution de cette substance. Ils ont obtenu dans plusieurs cas une disparition momentanée des illusions, et les malades ont mangé avec appétit des aliments qu'ils rejetaient habituellement avec dégoût.

Effets des rayons X sur la moelle et le cerveau après laminectomie et craniectomie chez le chien.

MM. Sicard et Bauer. — Après avoir, chez le chien, mis à nu le cerveau sur une étendue de 2 centimètres carrés, ou la moelle sur une largeur de 2 centimètres environ et suturé ensuite les plans musculaires et cutanés, nous avons fait agir localement les rayons X en séances répétées et prolongées. Les rayons étaient dosés et projetés directement à travers la fenêtre d'une lame de plomb destinée à préserver l'animal des irradiations locales.

Or nous n'avons jamais observé d'accidents nerveux imputables à des lésions médullaires ou cérébrales. Quand l'animal succombe, la mort est imputable à des escarres cutanées de radiodermite et à des infections consécutives. On est donc autorisé, nous semble-t-il, à user de ce traitement chez l'homme, au cas de néoplasies cérébrales ou médullaires, traitées opératoirement et récidivantes ou insuffisamment extirpées. La rœntgénisation pourra être pratiquée à travers la brèche osseuse, à seule charge pour le radiothérapeute de ne pas provoquer de troubles trophiques de la peau, l'ectoderme nerveux, dans des conditions expérimentales (au-dessous des plans cutanés et musculaires) paraissant moins sensible que l'ectoderme cutané à l'action des rayons X.

Certains éléments diagnostiques et pronostiques de la méningite cérébro-spinale tirée de l'examen du liquide céphalo-rachidien.

MM. Sicard et Descomps. — La coloration d'apparence laiteuse du liquide céphalo-rachidien permet d'éliminer avec certitude le diagnostic de méningite tuberculeuse. Cette coloration se rencontre, au contraire, avec une certaine fréquence au cours de la méningite cérébro-spinale. C'est d'une teinte pseudo-lactescente qu'il s'agit, due à la désagrégation des globules blancs, puisque la centrifugation suffit à précipiter au fond du tube ces éléments et à éclaircir le liquide susjacent.

Au point de vue pronostique, on doit tenir compte des signes suivants qui militent en faveur de la guérison prochaine et qui sont basés sur l'examen en séries du liquide céphalo-rachidien : substitution transitoire de polynucléaires avariés ; entrée en scène des cellules endothéliales et de mononucléaires petits ou moyens ; diminution de l'albumine et retour progressif au taux glycosurique normal, 50 centigrammes à 60 centigrammes de glycosurique rapporté au litre de liquide céphalo-rachidien.

Conception du tabes.

M. Bernheim (de Nancy). — Le tabes dans sa symptomatologie ne peut être uniquement conditionné par la lésion des cordons postérieurs ou par celle des nerfs périphériques. Le tabes est une affection générale toxi-infectieuse. Les arthropathies, les troubles trophiques cutanés, les crises gastriques etc., sont sous la dépendance d'une imprégnation directe : c'est un virus toxique encore inconnu qui intervient à côté de la syphilis dans le déterminisme de cette affection.

M. L. Lévi. — J'ai grande tendance, comme des exemples cliniques m'en ont fourni la preuve, à me ranger à l'opinion de M. Bernheim.

M. Thomas. — L'anatomie pathologique peut nous expliquer par les *seules* lésions du système nerveux la symptomatologie si variable de l'affection tabétique. Il faut tenir compte de la phase irritative des racines qui succède au stade dégénératif. Il faut également songer à la possibilité d'une régénération possible des fibres nerveuses.

M. Crocq (Bruxelles) remercie M. le prof. Bernheim de son intéressante communication et le félicite d'avoir renouvelé l'aspect d'une question qui semblait classée. Il croit aussi que l'infection joue un grand rôle et il regrette que le mercure ne donne aucun résultat dans le tabes ou même soit nuisible, de l'aveu de tous les neurologistes.

M. A. Charpentier (Paris) proteste contre cette double assertion du distingué président, à savoir que tous les neurologistes repoussent le traitement mercuriel dans le tabes et aussi que ce traitement est inefficace ou nuisible. Il rappelle que Erb, en Allemagne, que Babinski et lui-même traitent les tabétiques par le mercure et obtiennent d'excellents résultats. Il ne faut pas s'attendre à voir des résurrections dans les cas avancés, alors que les lésions destructives sont nombreuses et indélébiles, mais dans les cas pris au début, chez les malades présentant le signe d'Argyll uni ou bilatéral, avec ou sans l'abolition des réflexes et quelques douleurs fulgurantes, les injections de calomel répétées aussi longtemps que possible arrivent à améliorer plusieurs symptômes, les douleurs notamment et à entraver certainement la marche de la maladie. Et c'est d'ailleurs parce que, depuis les campagnes médicales et extra-médicales contre la syphilis, cette affection est mieux et plus longtemps soignée qu'on voit moins de tabétiques incoordonnés, de ces grands malades incapables de se tenir, même assis et, davantage de cas de tabes frustes et dont beaucoup restent frustes avec le traitement spécifique. Il n'en est

pas de même dans la paralysie générale où le traitement mercuriel est, en effet, inefficace.

M. DÉJERINE (Paris). — Pour sa part, l'auteur ne croit pas à l'action du traitement mercuriel dans le tabes. Il pense de plus qu'il y a tout autant d'ataxiques incoordonnés qu'autrefois, mais que l'on diagnostique aujourd'hui le tabes plus tôt et que c'est pourquoi il y a plus de tabes frustes. Il donne cependant le traitement mercuriel à ses tabétiques, plutôt par acquit de conscience que par conviction. Il pense même, comme M. Crocq, que le mercure, joignant une intoxication à la maladie peut être nuisible dans le tabes.

M. DUPRÉ (Paris) pense que le traitement mercuriel est inutile dans le tabes et nuisible certainement dans la paralysie générale.

M. MINOV (Moscou) représente au tableau par un schéma les périodes de syphilis simple chez les malades et celles de syphilis tabétique. Il donne du mercure naturellement dans la première période, mais il tâte le terrain dans la seconde, dans le tabes où le mercure peut être dangereux. Il ne soigne pas le tabes, mais il soigne des tabétiques.

Un cas d'agénésie cérébrale par transformation kystique du cerveau pendant la vie intra-utérine.

MM. LONG et WIKI (de Genève). — A l'autopsie d'un enfant né à terme et ayant survécu deux ans, en présentant un état de contracture permanente des membres et du tronc, nous avons trouvé un cerveau avec sa forme conservée, mais des circonvolutions mal développées par des scissures et des sillons peu profonds. L'écorce cérébrale n'est en effet qu'une mince membrane recouvrant des poches multiples communiquant entre elles. Les cavités ventriculaires sont cependant indépendantes de ces cavités kystiques qui ne peuvent être que le résultat d'une résorption de la substance cérébrale sous-corticale à la suite d'un processus inflammatoire de la vie intra-utérine.

Les coupes sériées montrent les mêmes lésions que dans les agénésies ordinaires. Les régions conservées : noyaux de la base, isthme de l'encéphale, bulbe et moelle, ont développé leurs fibres qui ont leur place normale, mais tout le système des fibres de projection fait défaut, il n'y a pas de fibres descendantes dans la capsule interne et la voie pyramidale manque totalement. On retrouve, par contre, dans les régions thalamiques moyenne et supérieure les fibres thalamo-corticales étudiées dans des cas comparables par M. et Mme Déjerine.

Epilepsie expérimentale.

Mlle RABINOVITCH (de New-York). — Je me suis occupée beaucoup d'épilepsie expérimentale et ai pu me convaincre que, lors des convulsions toniques, le cerveau présentait un aspect rosâtre, tandis qu'au cours de la période clonique, l'écorce cérébrale avait une coloration rougeâtre.

J'ai étudié un point intéressant de l'histoire des électrocutions expérimentales. Il est possible de ramener à la vie les animaux électrocutés par l'application ultérieure non de courants induits, mais de courants alternatifs : les faits de laboratoire peuvent avoir en clinique humaine une sanction pratique.

Myosclérose atrophique et rétractile des vieillards.

MM. DUPRÉ et RIBIERRE (de Paris). — Nous proposons de donner ce nom, qui synthétise les grands caractères anatomo-cliniques de l'affection, à la maladie entrevue par M. Hayem et récemment décrite par MM. Lejonne et Lhermitte sous le nom de paraplégie par rétraction des vieillards. Dans le cas que nous avons observé il existait une amyotrophie rétractile, à peu près diffuse, qui donnait à la malade, une femme de quatre-vingts ans, l'attitude d'une momie péruvienne : l'altération des muscles cervicaux et scapulaires déterminait un opisthotonos permanent. Il n'existait pas de paralysie véritable et aucun signe ne permettait de rapporter l'affection à une lésion cérébrale médullaire ou névritique.

Tabes ataxo-spasmodique sans lésions des cordons latéraux ; tabes dorsalis avec faibles altérations des racines postérieures.

M. LONG (de Genève). — A l'autopsie d'un homme mort à soixante-trois ans et tabétique depuis l'âge de quarante-huit ans, dont les réflexes rotuliens n'ont disparu qu'à la fin de la maladie, j'ai constaté l'absence de sclérose des cordons latéraux, mais la moelle, atrophiée dans les régions dorsale et lombaire supérieure, était le siège de lésions vasculaires disséminées. Ce malade qui a eu avant le début de son tabes une syphilide tertiaire a dû, par le fait de ses lésions vasculaires, subir une dystrophie médullaire dont le résultat a été l'exagération des réflexes.

Ce cas était, en outre, remarquable par la faible intensité des altérations des racines postérieures dans la région lombo-sacrée.

J'ai constaté la même particularité chez un homme devenu tabétique à soixante-cinq ans (chancre à vingt-deux ans) avec ataxie très nette des membres supérieurs et inférieurs, aboli-

tion des réflexes rotuliens, troubles viscéraux et signe d'Argyll-Robertson. Ici encore les racines postérieures de la moelle étaient très peu altérées.

Ces faits donnent à penser que dans le tabes dorsalis les lésions périphériques, dont l'existence est bien connue à présent, peuvent avoir parfois une plus grande importance que les lésions radiculaires.

Nouvelles recherches sur l'histologie fine des ganglions et des racines postérieures dans le tabes.

MM. Marinesco et J. Minel (de Bucarest). — Nous venons d'examiner les ganglions spinaux et les racines postérieures dans 5 nouveaux cas de tabes simple ou associé à la paralysie générale.

On remarque, en général, un rapport inverse entre le nombre des fibres dégénérées et celui des fibres de nouvelle formation à l'intérieur du ganglion et du nerf radiculaire interne. Dans les ganglions sacrés, où le processus tabétique est plus ancien,on constate que les fibres épaisses ont disparu en grande partie, et qu'à leur place il s'est formé un nombre considérable de fibres fines, disposées en faisceaux et séparées par des cellules apotrophiques. Ces fibres finissent par une massue terminale, soit à l'intérieur du ganglion, soit dans le nerf radiculaire ; on les trouve exceptionnellement dans les racines postérieures, et quelques-unes offrent une marche rétrograde. Avant d'arriver au faisceau nerveux, les fibres de nouvelle formation affectent les dispositions les plus variables. Soit à cause des obstacles mécaniques, soit que la source des forces chimiotactiques se trouve à différentes distances nous les voyons décrire des détours et donner naissance à des images les plus singulières : elles constituent des plexus ganglionnaires des pelotons et des plexus interstitiels, des enroulements sur place ; elles donnent aussi des ramifications collatérales pouvant se ramifier à leur tour en Y. Les lésions dégénératives consistent dans la présence de renflements moniliformes sur tout le trajet de la branche centrale jusqu'à l'intérieur du ganglion, renflements dus à l'accumulation de substances interfibrillaires et dans l'axolyse lésions qu'on rencontre également dans le bout périphérique des nerfs sectionnés. Néanmoins le processus tabétique ne peut pas être comparé aux phénomènes qui se passent dans un nerf sectionné ou comprimé car d'une part il existe dans l'intérieur du ganglion des fibres en état de dégénérescence et plus tard régénérées telles qu'on n'en voit pas dans le bout central des nerfs sectionnés et d'autre part les fibres de nouvelle formation dans

les racines postérieures n'arrivent jamais à leur maturité et gardent toujours le caractère des fibres embryonnaires.

Ceci tend à prouver que la cause première de la dégénérescence tabétique consiste dans l'intoxication de la branche centrale des racines postérieures, qui empêche les fibres de nouvelle formation d'arriver à leur dernier degré de développement.

La méningo-cérébellite dans la paralysie générale.

MM. ANGLADE et LATREILLE (de Bordeaux). — Si le cervelet a été si peu étudié dans la paralysie générale, cela tient à l'insuffisance de nos connaissances sur l'anatomie et la physiologie de cet organe.

La cellule de Purkinje a été bien vue, mais nous pouvons dire que les descriptions de la charpente névroglique sont toutes inexactes.

D'une manière générale, le réseau névroglique est, dans le cervelet, fort peu dense et les plus faibles exagérations pathologiques sont très aisément reconnaissabbles.

C'est ainsi que la couche moléculaire, tapissée à l'état normal par quelques fibrilles à peine visibles, se recouvre d'un réseau progressivement plus dense qui envoie des fibres, d'une part, à la méninge pour réaliser la symphyse méningo-corticale, d'autre part, vers les couches profondes de l'écorce cérébelleuse.

Pour ne parler que de cette localisation du processus, nous pouvons dire qu'elle s'offre sous un aspect absolument caractéristique. Le cervelet sénile présente seul quelques ressemblances avec le cervelet du paralytique ; mais la méningo-corticalite y est absente.

Le cervelet se prête admirablement aux constatations anatomo-pathologiques. Dans la paralysie générale, les lésions du système nerveux s'y schématisent et s'y éclairent.

On peut, d'ores et déjà, dire qu'on y trouve la preuve que la paralysie générale est bien, avant tout, une méningo-corticalite interstitielle. (*A suivre.*)

HOPITAL DÉPARTEMENTAL D'ALIÉNÉS DE SAINTE-GEMMES (Maine-et-Loire.) — Une place d'interne en médecine à l'asile d'aliénés de St-Gemmes-sur-Loire, près Angers, se trouve vacante. Les étudiants en médecine désirant occuper cette fonction sont invités à adresser immédiatement, leur demande au directeur médecin en chef de l'établissement. Les internes reçoivent un traitement annuel de 700 francs. Ils ont droit en outre aux avantage en nature : Logement, nourriture, chauffage-éclairage.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE.

Séance du 6 juin 1907.

PRÉSIDENCE DE M. J. BABINSKI.

Myopathie atrophique progressive ou myotonie améliorée par l'opothérapie hypophysaire.

MM. LÉOPOLD-LEVI et H. DE ROTHSCHILD présentent l'observation d'une enfant atteinte de troubles musculaires de nature et d'origine discutables, mais qui ont été améliorés par le traitement par l'hypophyse ; d'après leurs observations précédentes et celles analogues de MM. Delille et Vincent ; ils pensent que l'hypophyse joue un rôle sur la trophicité et sur le fonctionnement musculaires.

Œdème chronique unilatéral.

MM. KLIPPEL et MONIER-VINARD présentent l'observation d'une malade atteinte d'un œdème progressif de la moitié droite du corps, accentué au membre supérieur, différent des infiltrations séreuses banales et accompagné d'hémiparesthésie.

Discussion par MM. BABINSKI, Pierre MARIE, CLAUDE, RAYMOND, SOUQUES et KLIPPEL.

Tabes avec arthropathie vertébrale.

MM. P. LEJONNE et GOUGEROT présentent un malade tabétique avéré atteint d'une arthropathie vertébrale qui semble imputable au seul tabes.

Gangrène symétrique.

MM. RAYMOND et GOUGEROT présentent un malade atteint de gangrène symétrique des extrémités ayant nécessité des interventions chirurgicales.

Double parésie des extenseurs de l'avant-bras chez un enfant dégénéré débile, catatonique.

M. ARMAND DELILLE présente un sujet dont les membres ont l'attitude de la double paralysie radiale. S'agit-il d'un certain degré d'agénésie des cellules radiculaires des groupes correspondants ou bien y a-t-il un rapport entre ce symptôme et l'arriération intellectuelle du sujet ? *Discussion* par MM. DUPRÉ et DUFOUR.

Un cas de névrite ascendante.

M. AYNAUD présente une malade du service de M. Déjérine. à la Salpêtrière, atteinte de cette affection assez rare.

Ataxie des muscles oculo-moteurs et paralysies oculaires dans un cas de tabès juvénile.

M.CANTONNET présente un malade qui présente comme points d'un intérêt capital : l'hérédité syphilitique et tabétique, la présence au complet des signes du tabes, la paralysie des deux muscles oculo-moteurs, enfin l'ataxie des oculo-moteurs sans ataxie locomotrice.

Les lésions radiculo-ganglionnaires du zona.

M. André THOMAS lit un travail du laboratoire de M. Déjérine à la Salpêtrière; c'est l'examen histologique d'un cas de zona thoracique, suivi d'autopsie.

Contribution à l'étude du phénomène des orteils.

M. NOÏCA (de Bucarest) apporte une observation clinique à l'appui de son opinion émise antérieurement que le *signe de Babinski* est un réflexe cutané dont l'arc est formé par la 5e racine lombaire et le centre réflexe par le 5e segment médullaire lombaire.

Danger des injections d'alcool dans les nerfs sciatiques au cours des névralgies sciatiques.

MM. BRISSAUD, SICARD et TANON n'ont pas obtenu par l'injection d'alcool dans ces cas les résultats satisfaisants vantés par Schlosser,de Munich ; c'est que sans doute ce dernier faisait des injections extra-tronculaires qui peuvent avoir un certain effet thérapeutique ; au contraire les injections intra-tronculaires ont une action destructive déjà constatée par les auteurs.

Séance du 4 juillet 1907.

PRÉSIDENCE DE M. BABINSKI

Syndrome de Benedickt.

MM. LÉVI et PÉCHIN présentent un malade atteint d'hémiparésie gauche intéressant la face et les membres,d'hémi-tremblement surtout marqué dans les mouvements volontaires et de paralysie totale de la 3e paire droite avec parésie dissociée de la 3e paire gauche ; lésion vraisemblablement unique intéressant la 3e paire droite et le pédoncule cérébral et empiétant sur la 3e paire gauche. Le tremblement est-il ici de l'asynergie cérébelleuse, par lésion du pédoncule ? En tout cas l'affection est progressive, peut être de nature bacillaire.

Forme ostéo-hypertrophique de l'arthropathie tabétique

Communication de MM. KLIPPEL et MONIER-VINARD.

Hémiataxie et hémiathétose traumatiques.

MM. DUPRÉ et LEMAIRE présentent un individu atteint, à la suite d'une blessure par balle de revolver, d'un syndrome hémiataxique et hémiathétosique à gauche; c'est d'ailleurs un déséquilibré constitutionnel.

Hémichorée post-hémiplégique alterne.

MM. DUPRÉ et LÉGER présentent un vieillard hémiplégique avec hémichorée du côté opposé et absence de troubles sensitifs du côté choréïque.

Syringomyélie avec phénomènes bulbaires et troubles trophiques intenses.

MM. RAYMOND et LEJONNE présentent un syringomyélique avec phénomènes bulbaires constituant un syndrome de Jackson et des troubles trophiques caractérisés par sclérose, arthropathie scapulaire et chiromégalie droite.

Paralysie alterne associée à un syndrome spasmodique dû probablement à une lésion du faisceau géniculé.

MM. H. CLAUDE et LEJONNE présentent la malade; ils pensent à une irritation du faisceau géniculé au niveau de la région sous-optique ou du pédoncule cérébral.

Spasmes et parésie dans le territoire du facial.

M. THOMAS présente deux malades qui ont cette association de spasme et de parésie.

Présentation d'un aphasique sensoriel, ancien professeur de musique.

M. Henry LAMY présente ce malade qui joue, lit,copie et compose la musique ; mais sa composition est sans suite, et sans unité par suite de sa perte de mémoire.

Hystérie et troubles trophiques ; simulation.

MM. BRISSAUD et SICARD communiquent les observations de deux hystériques avec manifestations trophiques simulées (pemphigus, et œdème).

Suggestion et hystérie.

M. BABINSKI présente une malade chez qui l'excitation de la plante du pied provoque le phénomène de chair de poule sur un territoire limité; il ajoute,à propos du réflexe cutané plantaire que, quand il n'est pas net,on peut par excitation du bord externe du pied, produire un écartement du gros orteil, signe d'atteinte du faisceau pyramidal, comme le réflexe classique.

Réaction hémioptique de Wernicke.

M. DUPUY-DUTEMPS montre une acromégalique chez qui la

pupille ne réagit pas par l'éclairement de la moitié anesthésiée de la rétine ; M. Déjérine a vu cette réaction très nette dans un cas de lésion calcarine.

Anatomie pathologique de l'hystérie.

M. Claude a trouvé dans deux cas des lésions d'épaississement méningé et d'atrophie médullaire localisée ; il ajoute à propos de l'hystérie qu'il n'a pas constaté les formules urologiques décrites précédemment.

Radiculite lombaire (névrite crurale radiculaire).

MM. Jeanselme et Sézary présentent un malade souffrant apparemment de névrite crurale, mais avec des troubles spéciaux montrant qu'il s'agit d'une radiculite, améliorée d'ailleurs par le traitement mercuriel.

Tabes avec atrophie musculaire des deux membres supérieurs.

MM. F. Raymond et H. Rendu présentent l'observation de la malade tabétique chez qui l'amyotrophie semble due à une méningo-myélite confirmée par la ponction lombaire.

Deux cas de sclérose latérale amyotrophique à début tardif.

MM. Rossi et Roussy présentent deux cas.

La méthode psycho-analytique et les « abwehr-psychosen » de Freud.

MM. Schmiergeld et Provotele concluent que les idées de Freud contiennent une part de vérité, mais qu'il a eu tort de généraliser sa conception de l'origine sexuelle de ces psychoses; qu'en tout cas, la méthode a l'avantage d'éclairer l'état mental du malade et exerce sur la maladie une influence thérapeutique.

Un cas de syringomyélie avec chiromégalie suivi d'autopsie.

Communication de M. Lhermitte.

Deux cas d'arthrite réflexe d'origine nasale.

Cas communiqués par M. Bonnier qui ont guéri l'un par le traitement du coryza, l'autre par une cautérisation du cornet ; cas à rapprocher de l'asthme des foins et de certaines dysménorrhées.

J. Rolet.

Asile d'aliénés de Sainte-Catherine a Yzeure, près Moulins.—Une place d'interne est vacante à cet asile. Les conditions pour être admis sont les suivantes: 1° Envoi d'une demande au médecin-directeur ; 2° Certificat de scolarité constatant 10 inscrisptions au moins ; 3° Certificat de bonnes vie et mœurs. Il sera de plus tenu compte, dans une large mesure, pour la nomination, de toutes les références qui pourraient être produites.

S'adresser à M. le médecin-directeur M. Monestier.

BIBLIOGRAPHIE

II. — *L'écorce cérébrale* ; par le Dr Ch. Bonne, médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés ; 1re partie : développement, morphologie et connexions des cellules nerveuses (tome II, fascicule 6, de la *Revue générale d'Histologie*, publiée sous la direction de Renaut et Regaud, de Lyon); 1 vol. de 293 pages, avec 72 fig. dans le texte ; chez A. Storck, Paris, 1907.

— Ce fascicule est exclusivement consacré au développement et à la morphologie des cellules nerveuses du *pallium* ; un prochain fascicule traitera de la cytologie (neuro-fibrilles, corps de Nissl, centrosomes, etc.), des variations régionales et des fibres myéliniques. Le chapitre premier (développement) est divisé en deux articles, dans le but de séparer les données encore incertaines de la neurhistogenèse générale, de celles, mieux assises, quoiqu'incomplètes encore, qui concernent spécialement l'édification du cortex. Le chapitre II traite de la morphologie et des connexions des cellules ; il comporte 3 articles : 1° leur étude analytique et stratigraphique ; 2° leurs connexions ; 3° quelques notions d'histologie comparée.

A chaque description anatomique sont annexés la discussion des théories histophysiologiques et quelques aperçus physiologiques et psychologiques. Les figures empruntées aux mémoires cités sont schématisées ou groupées en dessins d'ensemble, pour rapprocher des descriptions ou des opinions contraires ; quelques dessins originaux y sont joints, destinés à attirer l'attention sur des détails peu connus ou discutés. Enfin l'index bibliographique qui termine l'ouvrage est minutieusement établi en plusieurs parties se rapportant chacune aux divers chapitres ou articles.

Il faudrait une plume plus autorisée que la nôtre pour donner l'analyse d'un travail aussi consciencieux que celui de notre distingué confrère Ch. Bonne. Aussi bien, les histologistes, auxquels il est destiné, sauront-ils l'apprécier. Mais nous avons tenu à tenter d'en signaler l'esprit dans cette Revue, comme d'une mise au point scrupuleuse et tout à fait actuelle, dont le besoin se faisait sentir en France, et comme d'une critique essentiellement claire et autorisée.

Dans le premier chapitre, avons-nous déjà dit, l'auteur a eu soin de séparer l'histogenèse générale de l'histogenèse propre du cortex ; les questions soulevées dans chacune sont en effet très distinctes et malheureusement, pour la plupart, encore irrésolues. La neurhistogenèse a été profondément bouleversée dans ces

dernières années : d'après l'opinion ancienne et la plus répandue, chaque cellule et ses prolongements dérivent d'un seul élément primordial (neuroblaste).

Cette manière de voir, justifiée dès les premiers mémoires de His fut confirmée par les recherches de Cajal (1890), Lenhossek, Kœlliker, Van Gehuchten (méthode de Golgi, mammifères), de Ramon (batraciens) etc... La deuxième opinion, dérivée d'une observation de Balfour, et soutenue par Apathy, Nissl, etc., admet la contribution de plusieurs éléments à la formation de ce que l'on considère comme représentant la cellule et ses prolongements. Mais la deuxième opinion ne fait qu'expliquer et compléter la première, ou bien s'appuie sur des faits encore incertains.

C'est donc d'après les travaux qui ont servi de base aux conceptions anciennes que l'auteur va étudier : 1° le *stade épithélial* (multiplication active, à caractère épithélial, puis transformation en spongioblastes, éléments de soutien) ; 2° le *stade neuro-épithélial* (les descendants des cellules se différencient et deviennent des cellules nerveuses ou névrogliques) ; 3° la *filiation* ontogénique et phylogénique des espèces cellulaires ; 4° les *théories récentes* et encore discutées (participation d'éléments de nature diverse à la formation d'une seule cellule).

Ces données primitives servent de guide à l'auteur dans l'étude de la stratification dûe au myélosponge,importante pour la correspondance ou l'équivalence des diverses stratifications qui se succèdent au cours du développement ; pour la filiation et l'évolution des éléments libres : C. germinatives, C. indifférentes, neuroblastes, C. névrogliques de deuxième venue. Le problème est rendu difficile par ce fait que les différenciations se font à des stades très inégalement distants du début du développement, suivant les espèces considérées. Il y a ainsi un nombre plus ou moins grand de formes intermédiaires à l'élément primitif et au neuroblaste vrai. En général, la différenciation est d'autant plus lente que l'animal est plus élevé et le segment à forme plus complexe. L'auteur accorde une place importante à l'examen de la question des genèses tardives,et de celle de la valeur des caryocinèses observées dans les centres et notamment dans l'écorce, au cours de la réparation des plaies expérimentales aseptiques. L'opinion classique est que les éléments déjà différenciés, précocement ou tardivement, sont incapables de subir la division mitotique ; cependant cette possibilité a été admise par Valenza qui rencontra dans le lobe électrique de la torpille, à un stade postérieur à la différenciation des neuroblastes, des neuroblastes à deux noyaux ; mais elle est niée par plusieurs auteurs récents, qui ont étudié l'histogenèse chez le fœtus et le nouveau-né et la réparation des pertes de substance.

Les phénomènes mitotiques cessent, pour Merk, dans l'ordre

suivant : bulbe, moelle, cerveau intermédiaire, corps strié, cerveau moyen, parois des hémisphères, et toujours au moment de la naissance. Mais on observe encore la caryocinèse pendant les premiers jours de la vie (numérations de Hamilton) dans la substance grise, chez le fœtus et le nouveau-né, et aussi dans la substance blanche. D'ailleurs, pour Hamilton, ce ne sont pas des C. germinatives proprement dites ; il y a des différences morphologiques. Mais quoique déjà différenciées, elles ne sont pas complètement formées. On n'a jamais vu les C. nerveuses se diviser ; mais on peut faire l'hypothèse d'un mode de multiplication propre aux derniers stades de développement.

On ne rencontre jamais de C. nerveuses jeunes dans les organes centraux chez l'adulte. Il peut y avoir des C. à différenciation tardive, indifférentes (Schaper), mais elles ne donnent naissance qu'à des C. névrogliques. On pourrait, grâce à elles, expliquer les proliférations névrogliques (gliomes) ou consécutives aux lésions en foyer. Les auteurs qui ont tenté d'élucider la question en étudiant les phénomènes histologiques de la réparation des plaies du cortex (Lévi, 1896) concluent que les C. nerveuses pleinement différenciées ne peuvent se diviser ; les cinèses rencontrées ont un caractère atypique et abortif. Il est d'ailleurs une foule d'arguments en faveur de cette conclusion.

Enfin, dans la dernière partie de ce premier article, l'auteur se contente d'énumérer les principales théories histogénétiques récentes, qui supposent la participation de plusieurs éléments d'origines diverses à la constitution de la C. nerveuse. Elles ne diffèrent de l'ancienne théorie que dans la description des stades intermédiaires.

L'article II traite du développement du cortex en particulier. Les documents étant encore très incomplets, l'auteur a dû les grouper en trois périodes caractérisées chacune par le processus histogénétique prédominant : 1° *Période de préparation* (les deux premiers mois, avant la migration centrifuge des neuroblastes qui vont former la couche corticale ; multiplication des cellules ; déblaiement des voies) ; 2° *Période de différenciation*, jusqu'à la moitié de la vie intra-utérine ; la couche corticale se différencie des couches internes plus voisines de l'épendyme ; 3° *Période de stratification* (2e moitié de la vie fœtale et 2 premiers mois de la vie extra-utérine) ; les cellules du cortex deviennent adultes et constituent des couches différenciées. A chaque période sont rattachées, en des paragraphes distincts, l'embryologie comparée et l'étude de certaines questions encore neuves et très controversées. Ainsi, en se basant sur le développement, l'auteur détaille les homologies stratigraphiques du cortex et de la moelle, la substance blanche de celle-ci étant représentée dans le cortex par la couche zonale, homologie que confirmera au chap. II l'étude détaillée de cette couche chez

l'adulte. Il examine également la question du changement de direction des neuroblastes pendant leur migration ; question encore discutée, les uns admettant la rotation pour les seules cellules dont l'axone est dirigé en dehors, les autres, au contraire, pour toutes les cellules, sauf celles-çi. Il semble qu'il faille s'en tenir en tous cas à l'opinion classique, qui considère le prolongement nerveux comme le premier formé. L'auteur a eu soin de matérialiser ces questions par des schémas, où il met en présence les opinions opposées.

Le chapitre II est consacré tout d'abord à l'étude des cellules de chaque couche d'après les données des méthodes de Golgi et d'Ehrlich, c'est-à-dire des méthodes qui donnent, l'une exclusivement, l'autre surtout, la forme des cellules et de leurs prolongements, éléments nécessaires, sinon suffisants, à la connaissance de leurs rapports réciproques. Il ne faut pas oublier, en effet, que toutes les fibres nerveuses, toutes les cellules nerveuses de l'écorce, ne contiennent pas des neurofibrilles, lesquelles ont du moins échappé jusqu'ici à l'imprégnation ; tels sont les *grains*.

De plus, on ne connaît pas encore définitivement la disposition des neurofibrilles terminales à la périphérie des cytosomes (corps de la cellule) et des dendrites ; ou plutôt, ce qu'on sait, tend à faire penser, comme le dit l'auteur, que la disposition n'est pas quelconque, qu'il n'y a pas réseau diffus au sens de Golgi. Il faut donc tenir compte des dispositifs révélés par le chromate d'argent, de la silhouette des cellules, pour ainsi dire.

L'étude de chaque couche est précédée de considérations sur la nomenclature et sur les types nouveaux introduits ces derniers temps : cellules névrogliformes, bipenicillées, etc. L'auteur remplace les termes défectueux de cellules à cylindraxe court et à cylindraxe long, par ceux de cellules à neurite *corticicole* et à neurite *corticifuge*. Avant les *connexions*, d'après les données exposées dans l'art. Ier sont étudiées d'abord les fibres corticipètes de projection, puis d'association, puis les fibres autochtomes ; puis, les connexions des cellules à neurite corticifuge ; à ce sujet, est examinée la question du sens de la conduction dans les axones, dendraxones, dendrites, etc.., encore discutée. Enfin, l'auteur examine la façon dont les voies corticipètes se raccordent aux voies corticifuges grâce aux collatérales et aux cellules à court axone ; puis, les hypothèses émises sur la marche du courant principal et des courants dérivés,et sur le rôle des cellules à neurite corticicole. Il réserve pour le fascicule suivant (chap. III) la critique de« l'amiboïsme » et de ce qui s'y rattache. Quelques chiffres ayant trait au nombre, au volume et au poids total des cellules nerveuses du cortex terminent l'article ; mais leur peu d'importance actuelle permet encore de les négliger.

L'article III et dernier contient un rapide aperçu d'anatomie

comparée; cet aperçu sert à illustrer par des exemples tirés de la cytogénèse, certaines notions acquises par l'étude du cortex de l'homme et des animaux supérieurs ; par exemple, le balancement entre le centre ovale et la couche zonale, la différenciation progressive des cellules à neurite corticifuge, etc. Quelle que soit l'attention apportée à leur confection, dit l'auteur, des revues de ce genre ne sauraient dispenser toujours de recourir aux originaux. Aussi comme tous les fascicules parus, de la *Revue générale d'Histologie*, celui-ci se termine-t-il par un index bibliographique rigoureusement établi par ordre chronologique,et divisé en deux parties se rapportant chacune à un chapitre de l'ouvrage. Les citations les plus importantes sont accompagnées d'une rapide analyse, destinée à mettre en lumière l'idée principale. E. Coulonjou.

VARIA

Un enfant qui promet. — *A l'âge de treize ans il a commis cinq vols, a tenté un déraillement et a assassiné un laitier.*

Un enfant de treize ans, Jean-Marie Lacrouts-Borie, dit l'*Aurore* du 10 août, vient de comparaître devant la cour d'assises des Basses-Pyrénées, sous l'accusation d'assassinat. Un laitier, nommé Lanusse-Majoureau, âgé de soixante-sept ans, avait installé à Saint-Macourbe une échalassière,à quelque distance de la fontaine publique. Le 6 mai au soir, des voisins entendirent une violente détonation et le lendemain trouvèrent dans un sentier le cadavre du laitier. Le gilet de Lanusse avait été déboutonné ; sa montre avait disparu, mais son porte-monnaie n'avait pas été dérobé.

Les soupçons se portèrent sur le jeune Lacroust-Borie, qui, le matin du crime,avait envoyé son frère acheter un sou de capsules et s'était servi du fusil à piston de son père pour commettre le crime. Le coup de feu avait été tiré de bas en haut, particularité qu'explique la différence de taille entre l'accusé et sa victime. Lacroust-Borie, malgré son jeune âge, a déjà cinq vols, sur la conscience et a comparu devant le tribunal correctionnel de Pau pour tentative de déraillement. L'accusé nie tout avec une incroyable audace. Le jury l'a déclaré coupable, mais parce que le meurtrier a agi sans dicernement. il l'a acquitté et envoyé dans une colonie pénitentiaire jusqu'à sa majorité.

Il est probable qu'il s'agit là d'un enfant malade dont la vraie place serait dans un asile-école d'où la nécessité de tels établissements départementaux, ou interdépartementaux à cause des

dépenses, mais il y a matière à un asile de 2 ou 300 malades dans chaque établissement.

UN RAPPORT D'EXPERTS ALIÉNISTES.

Le prévenu Thirion est-il un fou? Cette question posée aux médecins aliénistes les plus éminents a reçu des solutions contradictoires. D'après les uns, Thirion est totalement irresponsable ; d'après les autres, Thirion a la responsabilité de ses actes.

Poursuivi devant la onzième chambre correctionnelle sous l'inculpation de vol d'une malle, Thirion, qui a déjà subi une quinzaine de condamnations, et qui, une quinzaine de fois également a été interné dans des maisons de santé, fut condamné à six mois d'emprisonnement.

Sur appel, l'affaire revint, il y a quelques mois, devant la chambre des appels correctionnels, présidée par M. Saint-Aubin. A la demande de M. Marx, l'avocat du prévenu, la cour ordonna un nouvel examen qui fut confié à MM. les docteurs Vallon, Joffroy et Séglas. A l'audience d'hier, lecture a été donnée des conclusions, ainsi conçues, du rapport des experts :

« Nous avons montré ce qu'est Thirion. C'est aux magistrats qu'il appartient définitivement de prendre les mesures qu'ils jugeront les plus efficaces pour préserver la société de ses méfaits toujours renouvelés.

M. le président Saint-Aubin a souligné d'une observation ironique ces conclusions : « Il est, a-t-il dit, impossible de se sous« traire plus scientifiquement à des conclusions. » Après réquisitoire de M. l'avocat général Fernand Rome et plaidoirie de M. Marx, la cour a prononcé l'acquittement de Thirion. (*Le Journal*, 15 août.)

S'il est exact que Thirion a été interné une *quinzaine* fois, il en résulte qu'il a été l'objet d'au moins 45 certificats de médecins le considérant comme aliéné. Chaque internement a dû comporter certificat de l'infirmerie du dépôt — certificat immédiat du bureau d'admission. — certificat de quinzaine et, comme il est probable qu'il a été transféré dans d'autres asiles, il y a encore eu d'autres certificats. L'énumération de ces certificats, l'indication de leurs auteurs seraient intéressantes à connaître.

LA FOLIE DU CROQUE-MORT

Léon Ruolt, porteur aux pompes funèbres, *donnait, depuis quelques semaines des signes de dérangement cérébral.* Hier soir, comme il venait de se mettre à table, dans son logement, rue Rouvet, il fut pris d'une crise de folie furieuse et, se précipitant sur sa femme, se disposa à l'étrangler.

Aux cris d'effroi poussés par cette dernière, des voisins accoururent, mais leur vue mit le comble à l'exaspération du forcené.

S'emparant d'une lampe allumée, il la lança contre les rideaux, qui s'enflammèrent. On réussit à s'emparer du fou, au moyen d'un nœud-coulant, et afin de le maîtriser définitivement, on le ligota solidement. A l'aide de seaux d'eau, le commencement d'incendie fut ensuite éteint. Léon Ruolt a été dirigé sur l'infirmerie spéciale du dépôt. (*Petit Parisien*, 16 août.)

Ce fait justifie une fois de plus l'opinion des médecins qui recommandent le placement des aliénés dès le début de leur aliénation. Que de malheurs seraient évités si on suivait leur avis, si l'on ouvrait largement les portes des asiles, si on y entrait aussi facilement que dans un hôpital. Le spectre des séquestrations arbitraires fait que les administrations, y compris celle de la police, dressent des obstacles aux entrées des aliénés au lieu de les faciliter. Admissions faciles, examen par le magistrat seul ou assisté d'un expert, dans les 24 heures qui suivent l'admission. Telle est la solution vraie, à notre avis.

NÉCESSITÉ DE L'ASSISTANCE DES IDIOTS

Deux soldats, Faure et Beladier, du 16e de ligne, en garnison à Montbrison, ont maltraité et violenté une pauvre *idiote*. Ils ont été mis en cellule. (*Liberté*, du 25 août.)

Si la municipalité avait fait son devoir, c'est-à-dire hospitalisé et traité cette idiote, il n'y aurait pas eu de viol et peut-être crainte d'une grossesse et d'un enfant à assister outre la mère.

MISE EN LIBERTÉ D'UNE ALIÉNÉE HOMICIDE.

Clermont (Oise).—Mlle Maxence Amelot, qui en mai 1895, tua à coups de de revolver l'abbé Paul de Broglie, ancien officier de marine, professeur à l'Institut catholique de la rue de Vaugirard, vient d'être libérée. L'examen médical ayant conclu à l'irresponsabilité de la meurtrière, celle-ci ne comparut pas devant la cour d'assises et fut internée à Sainte-Anne puis à Clermont. La malade ne présentant plus aucun danger pour la sécurité publique, le docteur Boiteux, médecin de ce dernier établissement, a signé son *exeat*. Mlle Amelot est aujourd'hui âgée de 60 ans. Elle a fixé sa résidence à Beauvais. (*L'Aurore*, 19 août 1907.)

Nous citons ce fait parcequ'il s'agit d'une *aliénée* dite *criminelle* et que, en pareil cas, l'Administration et la magistrature mettent généralement des entraves à la sortie de ce genre de malades.

SUICIDE D'UN ADOLESCENT. — Un enfant de quinze ans, qui était apprenti mécanicien dans une usine à Trappes, près Montigny-le-Bretonneux et demeurant chez ses parents, les époux Paty, établis marchands de vin, a été trouvé pendu hier matin dans un grenier. Les motifs de cet acte de désespoir demeurent une énigme.

FAITS DIVERS

ASILES D'ALIÉNÉS. — *Mouvement d'août* 1907. — Dr BROQUÈRE, médecin de l'Asile d'Evreux, est nommé médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Montdevergne (Vaucluse) en remplacement de M. le Dr PICHENOT, admis sur sa demande à faire valoir ses droits à la retraite et nommé médecin en chef honoraire des asiles publics d'aliénés. — M. le Dr LALLEMANT, Directeur médecin de d'asile d'aliénés de Quatre-Mares (Seine-Inférieure) est nommé Directeur médecin de l'asile des aliénés de Saint-Yon (S-.Inférieure) en remplacement de M. le Dr GIRAUD, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite et nommé Directeur-médecin chef honoraire des asiles publics d'aliénés. — M. le Dr HAMEL, Directeur-médecin à l'asile d'aliénés d'Auxerre, est nommé Directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Quatre-Mares (S.-Inférieure) en remplacement de M. le Dr LALLEMANT. — M. le Dr DIDE, médecin-adjoint à l'asile de Rennes, est nommé Directeur-médecin de l'asile d'Auxerre, en remplacement de M. le Dr HAMEL.

RÉVOLTE DANS UN ASILE D'ALIÉNÉS. — A Dannemora (Etat de New-York), dans l'asile de fous criminels, 300 pensionnaires ont attaqué les gardiens, qui durent faire usage de leurs armes, tuant un de leurs assaillants et en blessant plusieurs. (*La liberté*, 24 août.)

NÉCESSITÉ DE L'HOSPITALISATION DES ÉPILEPTIQUES. — *Chute mortelle*. —Louis-Jean-Baptiste, charretier, demeurant 22, rue de l'Evangile, passait hier soir vers sept heures rue Saint-Denis. Il était sur le siège de sa charrette. Tout-à-coup une crise d'*épilepsie* le fit tomber du siège sur le sol. Dans sa chute il se fractura le crâne et ne tarda pas à expirer.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

THIVET —*Rapport médical sur le service de la division des hommes*. Imprimerie Daix et Thiron, à Clermont (Oise).

BOITEUX. — *Rapport médical sur le service de la division des femmes de Clermont*, pour l'année 1906. Clermont-de-l'Oise, imprimerie Daix frères et Thiron.

SIZARET. — *Rapport médical de l'asile d'aliénés de Rennes*, pour l'année 1906. Rennes, 1907, imprimerie Oberthur.

ROYER (M.). — *De l'absolue nécessité de l'assistance des enfants anormaux et de ses résultats au point de vue social*. In-18 de IV-152 pages avec 41 fig. et une planche hors texte, prix 8 fr. — Pour nos abonnés, 4 fr. Librairie du *Progrès Médical* et Jacquier, éditeur. rue Hautefeuille, 14.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères et Thiron.

Vol. II. 3e Série. **Septembre 1907.** **N° 9**

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

Les auras visuelles des épileptiques ;

Par

A. RODIET
médecin adjoint
de l'Asile de Clermont.

F. CANS
interne
de l'Asile de Montdevergues.

L'*aura* est l'ensemble des phénomènes du début de l'accès. Suivant que ces phénomènes sont moteurs, sensitifs, sensoriels ou intellectuels, Delasiauve (1) a divisé les auras en motrices, sensitives, sensorielles ou intellectuelles. C'est ainsi que, du côté des yeux, on observera un *clignotement convulsif*, lors d'une aura *motrice*, ou une *impressionnabilité douloureuse à la lumière*, si c'est une aura *sensorielle.*

Certains auteurs ont étudié cette question des troubles oculaires précurseurs de l'accès épileptique. Ainsi que Delasiauve l'a fait pour les autres signes prodromiques de l'attaque, on peut diviser les manifestations oculaires qui se produisent à ce moment en : symptômes prodromiques éloignés, et symptômes prodromiques immédiats, Mais cette division adoptée par Pichon dans son travail (2) nous paraît toute conventionnelle en ce qui concerne les signes visuels, car les troubles prodromiques immédiats font partie de l'attaque elle-même. Pour nous, troubles prodromiques, veut dire toute manifestation oculaire précédant l'attaque dans l'intervalle compris

(1) DELASIAUVE. — Traité de l'épilepsie, 1854.

(2) PICHON. — De l'épilepsie dans ses rapports avec les fonctions visuelles. *Thèse de Paris*, 1885.

entre une demi-heure avant l'accès et le moment où le malade entre en crise ou subit son vertige.

On a signalé, pendant cette période, des paralysies diverses et passagères des muscles de l'œil. Knies et Rachman, cités, dans la thèse d'agrégation de Robin (1) auraient observé des troubles de l'accommodation. Despagnet (2) rapporte le cas d'une malade atteinte de lourdeur des paupières avec tension oculaire, puis photopsie et enfin amblyopie progressive se terminant par une cécité complète durant quelques secondes. Ainsi que le fait remarquer Pichon, à propos de cette observation, il s'agit très probablement du vertige épileptique lui-même ainsi décrit, d'autant plus que le malade n'est jamais tombé à la suite de ses troubles visuels.

Du reste, à cause de l'obnubilation intellectuelle, le malade étant sous le coup d'un ictus cérébral, dont le trouble visuel est pour ainsi dire la première manifestation, l'examen est très délicat. Cependant, en tenant compte non pas seulement des réponses du sujet, mais encore du jeu de sa physionomie et de ses exclamations, on arrive à se faire une notion exacte des manifestations, du côté des yeux, qui précèdent la crise.

Féré (3) a insisté sur la fréquence des manifestations oculaires qui peuvent annoncer l'attaque. Le seul signe qui signale parfois *une aura motrice* est un clignotement convulsif plus ou moins rapide des paupières ou encore du nystagmus spasmodique ; certaines *auras sensitives* se manifestent par du larmoiement, des picotements du côté des yeux.

Les *auras sensorielles* les plus fréquentes sont celles de la vue. On note parfois l'anesthésie plus ou moins complète des deux yeux. D'autres fois, l'aura se présente sous forme de dysesthésie rétinienne avec impossibilité pour le malade, de supporter la lumière du jour. Cette sensation désagréable entraîne souvent le blépharospas-

(1) Robin. — Thèse d'agrégation 1880.
(2) Despagnet. — Cécité temporaire pendant l'attaque. (*Receuil d'ophtalmologie*, 1880, p. 54.)
(3) Féré. — Amblyopie croisée et hémianopsie dans l'hystéro-épiepsie, 1882.

me, bientôt suivi par la convulsion généralisée. D'autres fois, le blépharospasme est accompagné de nystagmus ; cette association, est, du reste, bien moins fréquente chez les épileptiques que chez les hystériques.

Quelquefois, il s'agit d'une obnubilation de la vision sous toutes ses formes, parfois même de cécité plus ou moins complète. Dans ce cas, il convient de se demander s'il ne s'agit pas du vertige épileptique lui-même, comme dans l'observation de Despagnet.

Le plus souvent, c'est l'hyperesthésie sensorielle qui est observée. Jackson d'abord, puis Hammond (1) ont décrit cette impressionnabilité particulière et excessive à toutes les sensations visuelles et pour Bermutz, c'est une véritable *photophobie*. D'après Pichon, cette dernière manifestation prémonitoire de l'attaque n'est pas fréquente. Axenfeld et Huchard (2) ont même nié qu'il y ait hyperesthésie avant la crise. Et ces auteurs se refusent aussi à admettre l'anesthésie cornéenne et conjonctivale que Hammond, Jackson, Pichon, Féré ont observée plus souvent encore que l'hyperesthésie. Tout en acceptant leur théorie, qu'il ne faut pas se fier d'une façon absolue aux dires des malades qui entrent en crise, il convient aussi de tenir compte de leurs gestes, de leurs cris, de leur attitude. Enfin on ne peut douter que l'examen direct ne donne d'utiles renseignements. Dès lors, l'anesthésie constatée qui ne peut être mise sur le compte de l'alcoolisme ou de l'hystérie est bien un trouble prodromique de l'état de mal.

Pour noter les troubles visuels colorés pendant l'aura, la difficulté est encore plus sérieuse ou l'absence de procédés d'investigation exacts et surtout à cause de l'affaiblissement intellectuel des malades. Huglius Jackson est le premier qui ait signalé cette sensibilité rétinienne exagérée pour certaines couleurs avant les attaques. D'après lui, c'est le rouge qui est la couleur la plus nettement perçue et quelquefois aussi le bleu. Pour Hammond

(1) HAMMOND. — Traité du système nerveux. *Trad Labadie*. Lagrave, 1879.

(2) AXENFELD et HUCHARD. — Traité des névroses, 1883.

ce serait même le rouge,la seule couleur pour laquelle il y aurait hypéresthésie rétinienne.

D'autres fois, au contraire, l'aura sensorielle se manifeste par la perte de la notion des couleurs. L'exemple le meilleur est donné par Pichon d'une malade épileptique occupée à un ouvrage de tapisserie et qui, tout-à-coup, au milieu de son travail, ne distingue plus la couleur des laines. Son aiguille s'égare ; elle n'a plus devant elle qu'une couleur floue uniforme. Elle abandonne la tâche commencée, et après un laps de temps variable, la crise ainsi prévue et annoncée éclate. Cette cécité des couleurs observée en tant que symptôme prémonitoire éloigné de la crise,ressemble au même trouble constaté au début de la crise d'hystérie. En pareil cas, « les objets n'apparaissent « plus aux yeux de la malade que sous l'aspect qu'ils re- « vêtent dans une peinture de camaïeu ou dans une aqua- « relle à la sépia. »

L'anesthésie chromatique de la période d'aura présente des caractères qui ont été mis en valeur par Pichon et Féré :

1° Chez le même malade, la dyschromatopsie se présente de la même façon avant chaque attaque.

2° Cette dyschromatopsie est purement temporaire et la crise passée, elle n'existe plus.

3° On ne peut établir aucune corrélation entre les altérations chromatiques et qui font partie des signes prémonitoires du paroxysme épileptique au même titre que les engourdissements, fourmillements, etc., et la dyschromatopsie existant chez certains malades dans l'intervalle des attaques.

Il peut arriver que l'aura visuelle s'accompagne de macropsie ou de micropsie, ou bien les objets s'éloignent et s'avancent ; ce sont des lumières, des étoiles. Cette difficulté de l'accommodation varie sans cesse chez certains malades, et parfois amène chez eux de la diplopie.

L'*aura psychique* ou *intellectuelle* peut-être purement visuelle, lorsqu'elle consiste par exemple en une réminiscence d'objets ou de personnages qui ont été vus et dont le souvenir se reproduit à ce moment avec des détails plus ou moins nets de contour, de costume, d'éclairage. Ces

visions panoramiques sont analogues, comme le dit Féré à celles qui se présentent chez les mourants ou plussouvent encore chez les individus qui se noient (1). Très souvent c'est la même hallucination visuelle qui reparait.

Le meilleur exemple de ces hallucinations visuelles se produisant avant l'accès, est l'observation rapportée par Peyron, d'un épileptique qui craignait d'être écrasé par une voiture arrivant sur lui à fond de train et dans laquelle se trouvait un petit homme coiffé d'un bonnet rouge.

En effet, lorsque l'aura visuelle se présente sous forme de vision colorée, ainsi que Gowers et Féré (2) l'ont signalé, c'est le plus souvent la couleur rouge qui se présente aux yeux du malade. D'autres couleurs peuvent aussi apparaître. C'est ainsi qu'une de nos malades se voit poursuivie par des hommes habillés de bleu, de blanc, de rouge.

On trouve des exemples nombreux dans les auteurs de ces hallucinations visuelles colorées. Déjà en 1803, Maisonneuve (3) rapporte que les épileptiques, au début de leurs crises, voient des traînées lumineuses. Voisin (4) cite le cas d'une jeune fille qui, avant l'attaque, voyait des figures grimaçantes et d'une autre qui regardait avec frayeur autour d'elle, se croyant environnée de flammes.

Ball (5) enseignait que les troubles hallucinatoires visuels sont les plus communs dans l'épilepsie et que tel malade aperçoit, au moment de l'accès, une roue dentée au milieu de laquelle se trouve une figure grimaçante.

Motet rapporte qu'à l'état de symptômes précurseurs ce sont les hallucinations de la vue qu'il observe le plus souvent, flammes, globes de feu qui passent devant les yeux du malade.

Enfin Magnan (6) raconte le fait d'un militaire blessé à la tête pendant la campagne du Mexique et qui voyait

(1) Féré. — Comptes rendus de la Société de biologie, p. 108-109.
(2) Féré. — Epilepsie partielle, aura érytropsie, p. 469.
(3) Maisonneuve. — *Thèse de Paris*, 1803.
(4) Voisin. — Art. *Epilepsie* du *Dictionnaire Jaccoud*.
(5) Ball. — Leçons de clinique mentale.
(6) Magnan. — Leçons sur l'épilepsie.

au début de ses attaques les objets scintiller devant lui. Puis ce malade présentait des abberrations visuelles, de la macropsie, car les hommes prenaient des dimensions gigantesques ; il voyait encore du sang, et toujours sur sa main gauche ; il apercevait deux yeux, qui s'avançaient en s'agrandissant, se rapprochaient de plus en plus et au bout de quelques instants, il tombait, perdant connaissance.

Dans ses cliniques à l'Infirmerie du Dépôt, Paul Garnier insistait sur ce fait que la sensation de brouillard rouge perçue par certains épileptiques est souvent le seul prodrome qui annonce l'attaque, et c'est pour eux un trouble de la vue dont ils gardent le souvenir.

M. Magnan cite encore le fait d'un épileptique prévenu de sa crise par des lueurs rouges ou jaunes. Pichon (1) rapporte aussi l'histoire d'une malade qui, avant d'avoir une attaque, voyait « un grand noir » s'approchant d'elle insensiblement. Le Dr Paris dans son travail : « *Epilepsie et indications thérapeutiques* » (2), rapporte trois exemples, chez des épileptiques, d'auras avec hallucinations du sens génital, observations déjà publiées par Ducosté (3) et interprétées par Vaschide et Piéron. La plus intéressante est la suivante :

« Marie, 35 ans, épileptique. C'est le soir : le soleil se couche en illuminant en *rouge* la campagne et le ciel. Elle est debout dans un champ de trèfle. Un taureau monstrueux qui galope dant le champ, veut la frapper à la poitrine, sans que, le laissant venir, elle pense à se défendre. Elle saisit l'animal par ses parties sexuelles qu'elle lui arrache. Un flot de sang s'écoule alors ; le taureau se retourne alors et lui enlève la tête au bout de ses cornes. »

Nos recherches personnelles s'appliquant à 20 malades nous ont donné les résultats suivants, en accord avec les observations des auteurs.

(1) Pichon. — Observation III de sa thèse : de l'Epilepsie dans ses rapports avec les fonctions visuelles. Ollier, éditeur, 1885.

(2) *Archives de Neurologie*, 1904.

(3) *Journal de Médecine de Bordeaux* : « Les songes d'attaque des épileptiques ».

Observation I. — Madame Ga..., âgée de 27 ans, entrée le 20 janvier 1905 à l'asile de Montdevergues pour épilepsie à attaques fréquentes et, après les attaques, accès de violence.

Aucune hérédité. Pas de passé pathologique connu, sauf des lésions tuberculeuses du 2e degré aux sommets des poumons. La première crise s'est montrée quelques jours après le mariage. Voici comment Mme Ga..., en explique la venue. Quand elle était jeune fille, elle gardait des moutons dans la Lozère, elle allait alors se cacher dans les fossés et en se masturbant elle éprouvait des sensations voluptueuses. Quand elle a été mariée, elle n'a plus osé se livrer à ses pratiques et c'est cette contrainte qui serait l'occasion des premières crises.

L'aura qui précède la crise est constituée par une sensation voluptueuse que la malade sent monter d'un genou dans le bas-ventre. En même temps, la *nuit se fait devant ses yeux, tout devient noir* et la perte de connaissance arrive.

Observation II. — Mademoiselle Us..., entrée à l'asile le 25 juin 1896. Elle est âgée de vingt ans. Diagnostic : épilepsie avec accès quotidiens. Très souvent, dans la grande attaque l'aura est visuelle et consiste *en hallucinations effrayantes très analogues à celles des alcooliques*, la malade voit des souris et des serpents.

Observation III. — Mlle R. de C..., entrée le 15 décembre 1903 venant de la maison d'épileptiques de la Teppe à Tain (Drôme). La malade est alors âgée de 33 ans.

La malade a *constamment peur du diable qu'elle se représente habillé de rouge et environné de flammes rouges. Aussi n'aime-t-elle pas les objets dont la couleur est rouge.*

Observation IV. — Mlle Mi..., épileptique.

Environ une heure à l'avance, les crises s'annonceraient par des battements des paupières, mais surtout par des sensations hyperesthésiques que la malade localise au côté de la conjonctive ; elle éprouve la même impression désagréable que si : « on lui jetait du sel ou du vinaigre dans les yeux. » En même temps se font entendre des sifflements dans les oreilles et la tête devient lourde, pesante, comme si Mlle Mi..., avait sommeil.

Quelques secondes ou quelques minutes au plus avant le début de l'accès, apparition de picotements dans les yeux, qui deviennent, malgré la cuisson déjà signalée, le siège d'une « impression de froid glacé » fort pénible. La vision se trouble, comme « si le temps se faisait sombre ». La malade se trouve

alors dans une sorte de crépuscule, et la crise débute aussitôt par un cri strident et la chute.

Observation V. — Mlle Ta..., entre à l'asile le 27 janvier 1891 pour épilepsie avec accès de violence après les paroxysmes. Elle était alors âgée de 17 ans.

Quelques minutes avant l'attaque, elle sent comme un souffle lui monter du ventre vers la tête, pas de sensation d'étranglement. *Il lui semble alors voir du feu* et pour l'éviter elle se met à courir devant elle une centaine de mètres. Elle se voit, alors poursuivie par « *quelqu'un qui ressemble au Bon Dieu, avec une petite figure sans barbe, les yeux doux, et tenant un pistolet à la main* ». elle entend dire en outre qu'elle ne guérira jamais et perd connaissance. La chute est brusque, inattendue, presque toujours elle se blesse. Morsures de la langue, incontinence d'urine.

Observation VI. — M. Math..., âgé de 35 ans, interné pour la deuxième fois le 31 mai 1902. Il est atteint d'épilepsie avec crises fréquentes. A l'occasion d'excès alcooliques, Math..., a réalisé du délire épileptique, avec hallucinations auditives et visuelles, idées de persécution et accès d'excitation dont les moindres détails lui échappent ensuite.

Avant la crise, il ne ressent jamais de constriction à la gorge. Mais à ce moment il éprouve des impressions visuelles assez bizarres, qu'il ne peut bien préciser : « *il voit venir quel chose de très dur, très pénible, très mauvais, qui lui fait une grande peur, mais il ne peut en distinguer ni les formes, ni la couleur* ; ce « quelque chose » s'avance rapidement vers lui » Math..., se frotte alors les yeux et se détourne pour ne plus voir. Quelquefois par ce subterfuge, il aurait pu éviter certaines crises, mais le plus souvent, ce procédé n'empêche pas le paroxysme de se produire. A partir de ce moment, l'amnésie est complète.

Souvent, au moment de ses attaques, il sent sa vue se troubler et il survient de la *diplopie* ; si à ce moment, dans la rue, il rencontre une voiture sur son chemin, il lui semble voir deux voitures, et ne sait de quel côté se garer.

Colorées ou non, ces visions de l'épileptique avant la crise sont donc le plus souvent effrayantes et le jeu de la physionomie, les exclamations des malades indiquent de leur part la plus vive frayeur. Ou bien encore les mouvements de défense et la fureur qui résultent de ces visions terribles, sont la cause d'actes impulsifs, inconscients,

qui rendent l'épileptique dangereux pour son entourage. Il est vrai que, comme le dit Voisin « l'attaque convulsive est le plus souvent suivie que précédée de délire ». Et même les impulsions violentes ont lieu plus souvent pendant le vertige même, surtout dans les épilepsies larvées mais elles peuvent aussi, sous l'influence de l'état hallucinatoire, se montrer comme symptôme prémonitoire de l'attaque et prévenir toute précaution de la part de l'entourage par leur apparition soudaine et imprévue.

REVUE CRITIQUE

Des lésions anatomiques attribuées à la démence précoce ;

Par RICHE, BARBÉ, WICKERSHEIMER.

La conception clinique de la démence précoce,telle du moins qu'elle est comprise aujourd'hui par un grand nombre d'aliénistes à la suite de Krœpelin,a suscité des recherches anatomiques. Celles-ci ont eu pour objet de trouver des lésions dont la constatation pût confirmer l'existence d'une entité morbide en appuyant sur des données certaines ce que cette conception clinique pouvait avoir de hardi et de discutable.

Il nous a paru intéressant,dans un travail d'ensemble, de résumer et de comparer les lésions décrites par les auteurs dans les cas intitulés par eux-mêmes « Démence précoce ». Nous rechercherons ensuite à quelles conclusions ils ont été conduits dans l'interprétation de ce syndrome admis comme entité morbide par les uns, nié encore absolument par d'autres.

Dans les chapitres nouveaux que les traités classiques consacrent à la démence précoce comme dans les monographies qui traitent de cette affection, l'anatomie pa-

thologique, lorsqu'elle n'est pas passée sous silence (1 et 2) est considérée comme complètement à faire (3) ou comme à peine commencée (4, 5, et 6).

Parmi les travaux français qui mentionnent les recherches faites à ce sujet, il convient de signaler le récent précis de Régis (7), le chapitre consacré par Gilbert Ballet (8) à l'anatomie pathologique de la démence précoce et le mémoire de Deny (9) au Congrès de Pau. Mais c'est dans les comptes rendus (10, 11, 12, 13, 14, 15) de sociétés et de congrès qu'il faut chercher les observations isolées et vraiment utilisables.

Quant aux auteurs étrangers cités par les classiques français ils se réduisent aux noms de Rush Dunton (16)

(1) Rogues de Fursac. — *Manuel de Psychiatrie*, 1903.

(2) Arnaud.— In *Traité de pathologie mentale* de Gilbert Ballet 1904.

(3) Masselon. — *La Démence précoce*, Paris 1904.

(4) Gilbert Ballet.—In *Traité de médecine* Bouchard-Brissaud 2e édition, tome X.

(5) Régis. — *Précis de Psychiatrie*, 3e édition 1906.

(6) Weygandt-Roubinovitch : — *Atlas manuel de Psychiatrie* 1904.

(7) Régis. — *Loc cit.*

(8) Gilbert Ballet. — *Loc cit.*

(9) Deny. — *Les démences vésaniques*, Congrès de Pau, 1904.

(10) Klippel et Lhermitte. — Démence précoce : anatomie pathologique et pathogénie. *Revue de psychiatrie*, février 1904. Les Démences : Anatomie pathologique et pathogénie. *Revue de psychiatrie*, décembre 1905. Klippel. — *Anatomie pathologique et nature de la démence précoce* ; *in* Congrès de Pau, 1904.

(11) Doutrebente et Marchand.— Considérations sur l'anatomie pathologique de la démence précoce à propos d'un cas. In *Revue neurologique*, 15 avril 1905.

(12) Laignel-Lavastine et Leroy.— Dément précoce, mort phtisique avec stéatose hépatique et lésions cellulaires toxique de l'écorce cérébrale. — *Bulletin de la Société anatomique*, novembre 1905. — *Un cas de démence précoce avec autopsie*, in Congrès de Pau, 1904.

(13) Legrain et Vigouroux. — Observation de démence précoce survenue chez un dégénéré, avec autopsie et examen histologique (Séance du 3 octobre 1905) In *Annales médico-psychologiques*. Janvier-février 1906. Dans la même séance, Vigouroux cite un cas de démence précoce dont il a fait également un examen histologique.

(14) Doutrebente et Marchand. — Deux cas de démence précoce avec autopsie et examen histologique (Société médico-psychologique, séance du 30 octobre 1905. In *Annales médico-psychologiques*, janvier, février 1906).

(15) Marchand. — In *Bulletin de la Société anatomique* (octobre 1905, page 760). Méningite chronique et aliénation mentale chronique (Observations 11, 12 et 14).

(16) William Rush Dunton. — *American Journal of Insanity* 1903.)

Nissl (1) et Alzheimer (2), Neisser (3), Lubouschine (4). Les recherches allemandes sur des cas cliniquement bien définis sont beaucoup plus rares qu'on ne l'imagine généralement et nous n'avons rencontré que des considérations sur les psychoses en général, considérations émises par Cramer (5), Gaupp (6), Köppen (7) Heilbronner (8), Meyer (9), Nissl (10), Weber (11) et Sander (12), auteurs cités et analysés dans un travail d'ensemble (13) et dans un autre travail d'Alzheimer (14). Il est question dans ces ouvrages de lésions trouvées principalement dans les cas de catatonie. Le terme de *Dementia precox* n'apparaît que dans les diverses éditions du traité de Krœpelin et même dans ces éditions ce n'est qu'à la fin du chapitre *Katatonie* que l'on trouve quelques données histo-pathologiques. Ces données elles-mêmes ne correspondent pas et ne résument pas des travaux et des recherches systématiques, mais elles consistent simplement dans la répétition

(1) NISSL. — Ueber die sog. funktionellen Geisteskrankeiten (*Münchener med. Wochenschrift* 1899-s-1453. — Ueber einige Beziehungen zwischen nervenzellener Krankungen und gliosen Erscheinungen bei verschiedenen Psychosen (*Arch. f. Psych.* Bd. 92. H. 2.)

(2) ALZHEIMER. — *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1897.

(3) NEISSER (Clemens). — *Ueber die Katatonie. Ein Beitrag zur klinischen Psychiatrie* (Stuttgart, Enke 1887.)

(4) LUBOUSCHINE. — Modifications anatomo-pathologiques de l'écorce cérébrale dans deux cas de démence précoce. (In *Journal de Neurologie et de Psychiatrie* du nom S.S. Korsakoff 1902, liv. 1, 2, p. 61-72.

(5) CRAMER. — Pathologische Anatomie der Psychosen. *In Handbuck der pathol. Anatomie des Newensystems herausg*, von Platow Jakobsohn und Minor, Berlin 1904.

(6) GAUPP. — « Organisch « und » Funktionell » *Zentrallbl. für Nervenheilkü und Psych.* 1900. 1. 129.

(7) KÖPPEN. — Beiträge. *Arch. für Psych.* Bd. 28, S. 931.

(8) HEILBRONNER. — Ueber den heutigen Stand der pathol. Anatomie der sogenannten funktionnellen Psychosen. Referat aus der *Jahrsvers. des Ver. deutschen Irrenærzte*. Berlin 1901.

(9) MEYER. — Pathologische Anatomie der Psychosen. *Festschr. f. Oorth.* 1902. Ganglienzellen veraenderungen, insbesondre bei Psychosen. *Berlin. Klin. Wochenscht*, 1900. S. 697.

(10) NISSL. — *Loc. cit.*

(11) WEBER.—Ueber akute letal verlaufende Psychosen (*Monatsch. für Psych. und Neusol.* 1904).

(12) SANDER. — Zur Ætiologie und pathologischen Anatomie akuter Geisstestör *Allgem. Zeitschr. Psch.* Bd. 57 H. 4.

(13) *Ergebnisse der allgemeimen Pathologie* 1903. 1er volume p. 190.

(14) *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1897.

des termes d'une communication d'Alzheimer (1) sur les lésions anatomiques trouvées dans des cas de délire aigu. En ce qui concerne la catatonie, nos recherches montrent qu'il faut être circonspect car il pourrait être question dans nombre d'observations de syndromes cliniques catatoniformes plutôt que de catatonie véritable. Dans les thèses de Köttgen (2) et dans celle de Morawitz (3) par exemple on a trouvé à l'autopsie des altérations pathologiques nettement caractérisées de paralysie générale et de méningite tuberculeuse.

Si aux considérations qui précèdent on ajoute le fait de l'apparition de techniques histologiques nouvelles, il nous semble difficile de faire état des recherches antérieures à la conception de Krœpelin et à la méthode de Nissl. Aussi, laissant de côté les anciennes observations de Hecker (4) et de Kahlbaum (5) dont nous ne mentionnerons que l'intérêt macroscopique, n'avons nous cru devoir étudier que les observations nettement données par les auteurs comme cas de démence précoce et dont nous avons pu nous procurer l'examen détaillé.

Avant d'entrer dans l'étude de lésions proposées comme substratum anatomique de la démence précoce un certain nombre de constatations critiques doivent être mises en évidence. D'abord on ne peut s'empêcher de remarquer le peu d'importance attachée par les auteurs aux lésions pouvant dépendre de l'affection intercurrente ayant déterminé la mort. Comment, en effet, peut-on, dans ces cas, faire la part d'une affection secondaire qui n'a rien à voir avec les lésions démentielles.

D'après le résumé clinique des observations étudiées par nous on s'aperçoit, en effet, que, dans la plupart des cas les malades ont été exposés pendant un temps plus ou moins long à des causes toxiques ou infectieuses. De même, chez plusieurs, l'alimentation a été défectueuse à plusieurs périodes comme à la phase terminale de la maladie.

(1) ALZHEIMER. — *Loc. cit.*

(2) KOTTGEN (Anna). — *Klinische Katatonien bei organischer Erkrankung des Schaedelinhalts* (Thèse de Zurich 1900).

(3) MORAWITZ (Lucia).— *Klinische Mischformen von Katatonie und Epilepsie.* Thèse de Zurich 1900.

(4) HECKER. — Die Hebephrenie. *Virchow Arch.* T. L. II.

(5) KAHLBAUM. — *Gruppirung der psychischen Krankheiten* 1863.

A la vérité certains auteurs ont senti le danger qu'il y aurait à vouloir conclure trop vite sans tenir compte de ces facteurs pathologiques (1). C'est ainsi que Victor Parant fils comparant les lésions du cas de Dunton avec celles décrites par Alzheimer dit : « Les modifications anatomiques qui ont été trouvées confirment les données déjà acquises, avec des différences provenant sans doute de l'état de délire aigu dans lequel sont morts les malades d'Alzheimer. Et il ajoute : « la tuberculose,cause immédiate de la mort, n'était pas en cause, puisque l'auteur remarque qu'il n'a pas trouvé les altérations nerveuses notées dans cette maladie... »

Dans le cas publié par Laignel-Lavastine et Leroy au Congrès de Pau, ces auteurs font suivre leur relation histologique d'un résumé des altérations cérébrales que l'on trouve dans la tuberculose pulmonaire (2) et ils concluent : « Chez la démente précoce que nous avons examinée, il existait seulement des modifications dans la forme et l'aspect de quelques cellules surtout du lobule paracentral dont beaucoup étaient neuronophagées. Or cette femme mourut phtisique ; les lésions cellulaires sont généralement de cet ordre, elles sont moins marquées, mais il peut n'y avoir qu'une différence de degré. »

Dans la deuxième observation publiée par Laignel-Lavastine et Leroy les auteurs disent que « l'aspect de l'écorce rapprochée de l'état de dégénérescence graisseuse massive du foie, permet de rattacher les lésions cellulaires à un processus toxique lié à l'insuffisance hépatique et sans rapport avec la démence précoce.

Or si nous examinons les causes de mort dans les cas que nous avons cités, nous voyons que sur un total de 22 observations cliniques on en trouve 7 dont la cause de mort n'est pas indiquée,4 dus à une affection autre que la tuberculose et 11 qui ont succombé à la tuberculose pulmonaire soit exactement la moitié.

Si l'on envisage d'autre part que les lésions décrites par les auteurs sont principalement des altérations cel-

(1) *Annales médico-psychologiques*, septembre, octobre 1903, p. 312.

(2) — Note histologique sur l'écorce cérébrale des tuberculeux, par Laignel-Lavastine. *Tribune médicale*, 21 mars 1906.

lulaires, une seconde observation se présente également ; quelle est la durée du temps écoulé entre le décès et l'autopsie ? On sait maintenant l'importance de la rapidité des fixations quand il s'agit d'études de désintégrations cellulaires (1). Voyons donc les temps qui se sont écoulés entre les décès et les prélèvements de pièces dans les cas qui nous occupent :

Dans le cas de Dunton, l'autopsie aurait été faite huit heures après la mort.

Dans le cas de Laignel-Lavastineet Leroy publié aux Congrès de Pau, le malade est mort le 27 octobre 1903, et l'autopsie fut pratiquée le 29 octobre. Dans le cas de Laignel-Lavastine et Leroy relaté dans le *Bulletin de la Société anatomique*, le décès eut lieu le 21 mai 1904 et l'autopsie fut faite le 23 mai 1904.

Dans la seconde observation de Doutrebente et Marchand (Société médico-psychologique, octobre 1905) l'autopsie fut pratiquée 24 heures après la mort. Quant au autres auteurs, Klippel et Lhermitte, Legrain et Vigouroux, Vigouroux, Doutrebente et Marchand, Morawitz, Neisser, Marchand et Köttgen, ils ne donnent aucun renseignement sur les temps écoulés entre le décès et le prélèvement des pièces.

On peut dire que c'est des figures données par la méthode de Nissl que les déductions des auteurs ont été tirées. Les nouvelles méthodes de Cajal n'ont été appliquées que dans quelques cas ; (Doutrebente et Marchand, Laignel Lavastine) (2). Or tous ceux auxquels l'histologie fine du cerveau est familière savent l'inconstance de certaines méthodes et la variabilité des résultats obtenus par les techniques de Nissl, Weigert, et Ramon y Cajal.

Au point de vue topographique, il paraît difficile de tirer des conclusions absolument précises en ce qui concerne la comparaison des lésions par régions. Ce sont les zones de projection et d'association qui ont été étudiées :

(1) GOMBAULT et PHILIPPE. — Histologie pathologique du système nerveux central. (In *Manuel d'Histologie pathologique* de Cornil et Rauvier tome II.

(2) L. MARCHAND. — *Lésions des neurofibrilles des cellules pyramidales dans quelques maladies mentales.* (Société de Biologie, 22 octobre 1904 et Congrès de 1906.)

circonvolutions frontales et pariétales ascendantes droite et gauche (Doutrebente et Marchand) ; lobule paracentral, pied de la troisième frontale, cunéus (Laignel-Lavastine et Leroy) ; lobes frontaux, temporaux, pariétaux et occipitaux, circonvolutions motrices, noyaux du corps strié (Klippel et Lhermitte). Il faut bien avouer que si nos connaissances sont assez précises en ce qui concerne les fibres à myéline tangentielles et radiées, elles sont par contre beaucoup moins nettes en ce qui concerne les couches cellulaires. Les classifications varient suivant les différents auteurs et l'on n'a actuellement aucune donnée certaine à ce sujet.

Si laissant de côté les restrictions précédentes,on envisage les lésions nerveuses rapportées dans les différents travaux que nous avons cités plus haut concernant des cas intitulés : « démence précoce », on constate qu'il a été rencontré d'abord des lésions extra-cérébrales. Elles portent le plus souvent sur l'appareil cérébelleux et sont à rapprocher des malformations cérébrales sur lesquelles les auteurs ont insisté et qu'ils rattachent à des altérations congénitales plus qu'à une encéphalopathie acquise.

Les lésions les plus importantes portent sur les méninges et l'écorce cérébrale et ce sont celles-là qui ont donné naissance aux interprétations des auteurs.

Les conclusions histologiques auxquelles ils ont été amenés peuvent se résumer dans les observations suivantes que nous empruntons à quelques-uns d'entre eux.

Dans leurs cas, Laignel-Lavastine et Leroy n'ont trouvé aucune lésion inflammatoire, aucune réaction méningée,ni conjonctivo-vasculaire; il existait des modifications dans la forme et l'aspect de quelques grandes et petites pyramidales ; beaucoup présentaient des altérations de neuronophagie.

D'après Klippel et Lhermitte, les lésions se localiseraient sur les centres d'association, tandis que les éléments constitutifs des groupes de projection demeureraient intacts. Il y aurait absence de réaction méningée, absence de toute lésion vasculaire : on ne trouverait pas de réaction des parois endothéliales, pas de diapédèse, pas de modifications des éléments conjonctifs, par

conséquent pas d'altération du tissu vasculo-conjonctif. En revanche, on trouverait toujours des modifications d'importance variable des éléments nerveux de l'écorce; en certains points restreints il y aurait des modifications de la névroglie. Pour Klippel et Lhermitte, ce dernier fait est accessoire et pourrait s'expliquer, disent-ils, par l'étroite parenté histologique qui unit la névroglie et les cellules. En somme, l'altération porterait sur le tissu neuro-épithélial.

Dans les cas publiés par Alzheimer, et qui sont rangés par cet auteur sous le titre de « catatonie », il a décrit des modifications graves de l'écorce, particulièrement dans les couches profondes. Les noyaux des cellules semblaient gonflés à un haut degré ; la membrane nucléaire fortement plissée ; le corps cellulaire très ratatiné, montrait une tendance à la destruction. Dans la névroglie, il y avait une augmentation modérée des noyaux, mais en revanche une néoformation pathologique des fibrilles ; les cellules étaient enserrées par le tissu de soutien.

Nissl, dans des cas d'évolution plus lente, sans rétraction apparente de l'écorce, a noté des modifications qu'il a désignées sous le nom de dégénérescence granuleuse Il a décrit des altérations, névrogliques importantes. Dans les couches profondes par exemple, il a vu de nombreuses et grandes cellules de névroglie tendant à la régression et semblables à celles que l'on rencontre normalement dans la partie tout à fait superficielle de l'écorce. L'écorce se trouvait ainsi infiltrée de très gros noyaux de névroglie, d'une coloration pâle particulière; ces noyaux se trouvaient en grand nombre auprès des cellules malades, et semblaient même les pénétrer non seulement à la base, mais aussi aux endroits les plus divers.

Krœpelin, rapportant ces faits et reproduisant des figures empruntées à Nissl et Alzheimer, insiste aussi sur ces modifications de la névroglie : « Le résultat de Nissl coïncide, dit-il, très bien avec la notion de l'enlacement qu'Alzheimer avait déduites des images de la glia ».

De ces données anatomiques, certains auteurs concluent aux remarques physiologiques suivantes :

Nissl est amené par la présence constante de lésions cel-

lulaires à repousser la distinction généralement admise entre les psychoses fonctionnelles et les psychoses organiques. Pour lui, il y a toujours un fondement anatomique ; il consiste en phénomènes de gliose, en lésions des vaisseaux sanguins et lymphatiques, en action phagocytaire de certaines cellules.

Klippel et Lhermitte voient dans la démence précoce une affection à localisation toute spéciale, portant sur le neurone d'une façon élective contrairement à ce que l'on voit dans nombre d'inflammations, ou de dégénérescences du cerveau, où les lésions portent sur l'ensemble des tissus de l'organe. Cette lésion élective du neurone appartiendrait exclusivement à la démence précoce et non aux autres démences. Pour ces auteurs, les caractères anatomiques pourraient ainsi servir à limiter deux ordres de psychoses ; les unes dites organiques, les autres dites vésaniques. Les premières auraient un substratum anatomique qui atteindrait l'ensemble des tissus composant l'encéphale ; à côté des altérations du neurone et de la névroglie (tissu neuro-épithélial), on trouverait des lésions des éléments vasculo-conjonctifs (leucocytes, endothélium vasculaire, cellules conjonctives). Les démences vésaniques au contraire seraient liées à des altérations atrophiques du neurone, tandis que les autres tissus de l'encéphale, sauf parfois la névroglie, ne participeraient pas au processus pathologique. Klippel et Lhermitte interprètent de la façon suivante les lésions trouvées par eux aux autopsies, cette interprétation correspondant à l'ordre chronologique de leur développement. 1° Lésions préalables inconstantes, d'origine congénitale ; anomalies du développement. Elles démontreraient que le sujet était préalablement taré. 2° Lésions immédiates développées au moment même et au cours de la période d'état de la maladie ; atrophie du neurone avec évolution granulo-pigmentaire anticipée. 3° Lésions consécutives ; arrêt de croissance portant sur les neurones et, à des degrés divers, sur l'organisme tout entier. Il y aurait enfin des lésions relevant de la maladie intercurrente.

Pour Laignel-Lavastine et Leroy qui ont étudié comparativement des cerveaux de tuberculeux et des cer-

veaux de déments précoces, les lésions sont souvent comparables entre elles s'ils en jugent par leurs deux cas examinés. Ils pensent que ces lésions sont de même ordre, et si elles ont été moins prononcées chez les déments précoces, il pourrait n'y avoir là qu'une simple question de degré. De même, ils tiennent, avec raison, un grand compte d'autres lésions dégénératives, en particulier du foie, et ont tendance à rattacher les altérations cérébrales trouvées à un processus toxique ou toxi-infectieux lié à l'insuffisance hépatique et sans aucun rapport avec la démence précoce.

Doutrebente et Marchand insistent sur la lésion méningée qu'ils ont trouvée dans le cas publié par eux, et ils discutent les rapports de cette lésion avec la démence. Les caractères histologiques des épaississements méningés montrent que l'on est en présence d'une lésion arrêtée dans son évolution ; malgré les quelques amas de cellules embryonnaires encore visibles au milieu du tissu méningé, il s'agit du reliquat d'un processus inflammatoire ancien, car les phénomènes actifs d'inflammation sont réduits au minimum. La nature ancienne des lésions cortico-méningées n'est pas non plus en rapport avec la tuberculose survenue tardivement chez le malade. D'après ces auteurs, il y aurait donc eu dès le début de l'affection mentale de leur malade une inflammation méningée qui guérit, mais qui laissa après elle des lésions de voisinage irréparables.

Cette hypothèse n'est guère conciliable avec les examens de liquide céphalo-rachidien des déments précoces. Les auteurs n'y ont pas trouvé d'éléments figurés ; de nouvelles recherches entreprises par nous à Bicêtre et portant sur 10 cas ont de même été constamment négatives. Guillain et Parant n'ont point non plus trouvé dans ce liquide d'albumine pathologique. Seuls, Camus et Lhermitte ont constaté par quelques ponctions une lymphocytose modérée, mais il s'agissait à vrai dire de malades arrivés à une période terminale et chez lesquels la lymphocytose pouvait être due à une affection concomitante. On peut donc penser avec la majorité des auteurs que si le processus anatomo-pathologique existe à la période confirmée de la démence

précoce, ce processus n'intéresse pas ou fort peu les méninges.

Mais Doutrebente et Marchand expliquent de la façon suivante les lésions méningées trouvées par eux et cette absence ordinairement constatée de lymphocytose : la démence qui survient chez les jeunes gens est le résultat d'une méningite chronique ancienne ; c'est l'aboutissant, la période terminale d'une maladie. A l'époque où le diagnostic de démence précoce peut se poser par l'évolution chronique, les phénomènes inflammatoires sont réduits à leur minimum ou ont disparu ; de là vient l'absence de réaction lymphocytaire. Ils pensent que les constatations seraient tout autres si on examinait le liquide céphalo-rachidien chez des sujets atteints de confusion mentale aiguë.

Lorsque les cas de confusion mentale guérissent avec intégrité de l'intelligence, les lésions n'ont pas été suffisamment prononcées ou n'ont pas eu une durée assez longue pour altérer d'une façon irrémédiable les cellules de l'écorce. Si, au contraire, le cortex a été altéré, on a les cas qui constituent les troubles mentaux chroniques de la démence précoce. Doutrebente et Marchand arrivent à conclure que le syndrome démence précoce relève de deux ordres de lésions bien distinctes : des lésions portant sur les méninges et les différents tissus du cortex ; des lésions exclusives des cellules pyramidales.

Il y aurait dès lors une démence précoce accidentelle, affection cortico-méningée chronique d'origine inflammatoire ou toxique survenant chez les jeunes sujets, et une démence précoce constitutionnelle survenant chez de jeunes sujets débiles ou ayant des tares héréditaires chargées. Il s'agirait d'une adultération des cellules psychiques pendant la vie intra-utérine ou dans les premières années de la vie. Les éléments mal développés, chétifs, succomberaient rapidement dans la suite à l'occasion d'un surmenage intellectuel ou physique, au moment de la puberté, ou bien encore à la suite de troubles puerpuéraux.

Conclusions. — En réalité se montre, chez les différents auteurs qui ont rapporté des autopsies de déments

précoces, la perplexité où conduit en matière de système nerveux, la constatation de l'absence de caractères anatomiques nets, alors que cliniquement il s'agissait de syndromes assez caractéristiques. Ils ont invoqué successivement comme substratum anatomique de la démence précoce ; la méningite, des altérations inflammatoires ou dégénératives portant sur les tissus conjonctivo-vasculaires ou sur les éléments nerveux et névrogliques.

En dehors de la pathologie mentale, des évolutions pathogéniques analogues peuvent être relevées pour certaines affections très bien caractérisées cliniquement, la maladie de Parkinson par exemple. A la vérité il n'y a pas lieu de s'étonner outre mesure de notre ignorance puisqu'on connaît en pathologie nerveuse notamment des maladies dégénératives avec lésions facilement visibles, mais dont l'explication nous échappe complètement encore ; sclérose latérale amyotrophique, atrophies musculaire myo- et myélopathiques.

Mais nous pensons que les hypothèses émises par certains auteurs sur la pathogénie et l'anatomie pathologique de la démence précoce, pour être séduisantes, n'en sont pas moins uniquement théoriques et par ce caractère même, dangereuses dans une certaine mesure. Il ne faut pas oublier en effet qu'en matière de système nerveux, l'anatomo-physiologie pathologique tend à fixer l'anatomie et la physiologie normales.

ASILES D'ALIÉNÉS

Les retraites des médecins d'asiles. — Un acte officiel. Un précédent à invoquer.

Limoges, le 25 août 1907.

Jusqu'en 1895, seuls, les commissaires de police du département *de la Seine, recrutés par un concours spécial, jouissaient d'une retraite.* Les 1.200 commissaires de police communaux n'en avaient pas. Il y avait Paris d'un côté et la France de l'autre. Les commissaires de police communaux fondèrent une association, et, lors du vote

du budget de 1895, ils obtinrent des chambres que les dispositions de l'art. 4 de la loi du 9 juin 1853 leur seraient appliquées tout comme aux commissaires de police de la Seine. De là, la circulaire suivante adressée à la date du 30 octobre 1895 par le Directeur général de la Comptabilité publique aux préfets et aux trésoriers généraux :

Commissaires de police communaux. — Retenues à verser pour le service des pensions civiles, par application de l'article 29 de la loi du 16 avril 1895.

L'article 29 de la loi des finances du 16 avril 1895, est ainsi conçu : « A partir du 1er janvier 1895, les dispositions de l'article 4 de la loi du 9 juin 1853 seront appliquées aux commissaires de police autres que ceux du département de la Seine.

« Pour la liquidation de leur pension, ces fonctionnaires seront admis à faire valoir la totalité de leurs services, même antérieurs à la présente loi, qu'ils aient été rémunérés par les communes ou par l'Etat. En sus des *retenues* réglementaires qu'ils devront subir dans l'avenir, les commissaires de police verseront le douzième de leur traitement actuel, lorsque leurs services seront exclusivement communaux, et le douzième de la différence entre le dernier traitement payé par l'Etat et leur traitement communal actuel, lorsqu'ils auront passé du service de l'Etat dans le service des communes. »

Les commissaires de police communaux sont donc assujettis, depuis le 1er janvier 1895, aux retenues réglementaires du vingtième de leur traitement, et ils ont en outre à subir la retenue d'un douzième du traitement dont ils jouissaient à cette époque ; toutefois, en raison du chiffre relativement élevé qu'atteindrait le prélèvement à exercer sur les traitements mensuels de ces fonctionnaires, s'ils étaient astreints à acquitter en un court espace de temps la somme totale dont ils se sont trouvés redevables au Trésor au moment de la promulgation de la loi du 16 avril 1895 (les départements n'acceptaient pas leurs retenues), il a paru indispensable de leur accorder un délai pour se libérer ; d'un autre côté, comme le produit des retenues prescrites par cette loi a été compris dans les prévisions de recettes du budget de 1895, le délai en question ne pouvait dépasser la durée de l'exercice financier ; le ministre des Finances a en conséquence décidé, de concert avec son collègue de l'Intérieur, qu'il serait fait une masse de la retenue du premier douzième et des retenues de 5 % dues par les commissaires de police communaux pour les cinq

premiers mois de 1895. et que, à partir du mois de juin inclusivement, le dixième du total ainsi obtenu serait ajouté à la retenue de 5 % à effectuer mensuellement, de telle sorte que le dernier prélèvement pour retenues arriérées pût être effectué sur le traitement du mois de mars 1896.

En outre, les commissaires de police étant considérés comme agents du ministère de l'intérieur en service détaché, et rétribués sur les fonds communaux, il a été reconnu qu'il y avait lieu de faire application, pour la constatation des dites retenues dans les écritures, *des mesures de comptabilité tracées par la circulaire du 31 mars 1890, à l'égard des agents de l'Etat en service détaché, rétribués sur les fonds départementaux.*

Les mandats émis au nom des commissaires de police ne comporteront donc que *le net* du traitement, et les retenues seront mandatées en bloc, tous les trois mois, à partir du 30 septembre 1895, au moyen d'un mandat délivré au nom du trésorier général, à charge par lui d'en faire recette au compte : Agents en service détaché, 1 c de retenues pour pensions civiles encaissées pour le compte du receveur central de la Seine. Le mandat sera appuyé d'un état nominatif des fonctionnaires au nom desquels les versements seront effectues, indiquant la somme afférente à chaque traitement, et présentant la distinction des retenues relatives au premier douzième et des retenues de 5 %.

Des instructions en ce sens ont été adressées aux préfets par deux circulaires du ministre de l'Intérieur en date des 24 juin et 15 septembre 1895..... La seconde de ces circulaires rappelle que les fonds destinés au payement des traitements des commissaires de police communaux doivent réglementairement être centralisés à un paragraphe spécial du compte des cotisations municipales et particulières (art. 611 de l'Instruction générale). Cette centralisation permettra de contrôler avec exactitude le versement des retenues dues au Trésor, puisque la liquidation des dites retenues sera faite par la préfecture pour l'ensemble du département, et que le mandatement en sera effectué, ainsi qu'il est dit plus haut, par le préfet, au nom du trésorier général, à des époques fixes, avec états détaillés à l'appui..... Le Directeur général de la Comptabilité publique, signé : VUARNIER.

Il y a lieu sans doute de se demander si ce précédent ne pourrait pas s'appliquer aux médecins des asiles.

Nos retenues, au lieu d'être versées dans les caisses départementales qui, le plus souvent ne les rendent pas, seraient versées dans les caisses des trésoriers géné-

raux, à charge par eux d'en faire recette au compte : Agents de l'Etat en service détaché, rétribués sur les fonds départementaux, leur compte de retenues pour pensions civiles pour le compte du receveur central de la Seine. Nous aurions ainsi des retraites assurées par l'Etat.

Pourquoi ce qui a été fait pour les commissaires de police ne serait-il pas fait pour les médecins des asiles ? Ne sommes-nous pas, nous aussi, agents du Ministère de l'Intérieur, rétribués sur les fonds départementaux ? Qu'en pensent nos collègues ?

Dr DEWARTE.
Médecin-directeur de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne).

Nous remercions beaucoup notre excellent collègue M. le Dr Dewarte de la communication du document qui précède et nous faisons appel à tous nos collègues des asiles pour nous adresser leur opinion sur l'organisation de la retraite des médecins directeurs et en chef des asiles d'aliénés.

Asiles d'aliénés de la Seine : Recrutement des médecins.

Le président du conseil, ministre de l'intérieur, vu la délibération du conseil général de la Seine en date du 26 décembre 1906 ; vu le rapport du préfet de la Seine en date du 21 mars 1907, arrête :

Art. 1er. — Le préfet de la Seine est autorisé à recruter par un concours spécial les médecins des asiles d'aliénés de la Seine.

Art. 2. — Seront admis à prendre part *au concours les médecins en chef* et les médecins adjoints des asiles publics, asiles privés faisant fonctions d'asiles publics, à la condition qu'ils aient occupé effectivement un poste dans un de ces établissements pendant une période d'au moins deux ans.

Art. 3. — Les conditions du concours et la composition du jury seront fixés par un arrêté ministériel.

Art. 4. — Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques et le préfet de la Seine sont chargés, chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent arrêté. Fait à Paris, le 31 juillet 1907. G. CLÉMENCEAU.

Cet arrêté connu à l'ouverture du Congrès a provoqué parmi tous les aliénistes présents à Genève une émotion considérable et

fort légitime, écrit l'*Informateur*. Cette émotion s'est traduite en séance publique, à l'Asile de Céry, par le vote du vœu suivant :

« Les médecins aliénistes français réunis au 17e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française, à la séance tenue à l'asile de Céry, s'en référant au vœu adopté par le Congrès de Rennes, en 1905 ;

Considérant que l'arrêté ministériel du 31 juillet 1907 constitue abusivement une mesure d'exception, qui accorde à Paris un régime de faveur au détriment de la province, en autorisant le Préfet de la Seine à recruter les médecins d'asiles dans des conditions différentes des préfets des autres départements, c'est-à-dire par un concours spécial ;

Considérant que la scission entre les médecins aliénistes qui sera la conséquence de cette mesure est contraire aux intérêts bien compris de la psychiatrie française ;

Considérant que les aliénés traités dans les asiles de province ont droit aux mêmes garanties scientifiques que les aliénés traités dans les asiles de la Seine ;

Considérant que l'arrêté ministériel du 31 juillet 1907 est susceptible de léser gravement dans leurs intérêts moraux et matériels des médecins ayant des droits acquis par l'application du décret du 1er août 1906, décret qui se réfère au recrutement par voie de concours unique de tous les médecins d'asiles ;

Appellent respectueusement la bienveillante attention de M. le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur, sur les conséquences variées que peut avoir pour les médecins d'asiles l'arrêté du 31 juillet 1907, et demandent avec énergie l'observation rigoureuse du décret du 1er août 1906 relatif au concours des médecins d'asiles et à leur recrutement pour toute la France par voie de concours unique et annuel ».

Le vote de ce vœu a été le dernier acte du Congrès et l'on peut dire que cet acte est de toute première importance. En somme, les aliénistes français ont maintenu énergiquement l'opinion qu'ils avaient émise au Congrès de Rennes, opinion soutenue en 1906 et cette année encore par M. l'inspecteur Drouineau, représentant du ministre de l'Intérieur. D'où vient la contradiction entre cette opinion que l'on pouvait considérer comme officielle et l'arrêté que nous venons de reproduire ? Nous l'ignorons. Nous ignorons aussi les démarches faites au ministre de l'intérieur, qui semble définitivement décidé à organiser un concours spécial, ainsi qu'en fait foi l'arrêté ci-après publié dans le *Journal officiel* du 18 septembre.

Arrêté relatif à un concours pour le poste de médecin en chef des asiles public d'aliénés de la Seine.

Le président du conseil, ministre de l'intérieur, vu l'arrêté ministériel du 31 juillet 1907 ; vu le rapport du préfet de la Seine, en date du 31 août 1907 ; sur la proposition du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques ; arrête :

Art. 1er. — Un concours sera ouvert toutes les fois qu'il y aura lieu de pourvoir à un poste de médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine, à l'exclusion des postes de directeur-médecin des colonies familiales, dont les titulaires continueront à être nommé comme par le passé.

Art. 2.— Par mesure transitoire, un poste sur deux sera réservé au fur et à mesure des vacances dans les asiles de la Seine aux directeurs médecins des colonies familiales actuellement en fonctions.

Art. 3. — Les concours, dont les opérations s'effectueront à Paris, par les soins de la préfecture de la Seine sont annoncés au moins un mois à l'avance par des affiches qui sont apposées à Paris et dans la banlieue, dans les endroits publics les plus apparents ; dans les départements, au siège de la préfecture et, s'il y a lieu, à la faculté de médecine et à l'asile départemental d'aliénés.

Art. 4. — Sont admis à prendre part au concours les directeurs-médecins des colonies familiales de la Seine ; les directeurs-médecins et médecins en chef et les médecins adjoints des asiles publics, asiles privés faisant fonctions d'asiles publics et quartiers d'hospices de France, à la condition qu'ils aient occupé effectivement un poste dans un de ces établissements pendant une période d'au moins deux ans et qu'ils n'aient pas dépassé l'âge de cinquante ans au moment de l'ouverture du concours.

Art. 5. — Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent se présenter à la préfecture de la Seine (direction des affaires départementales, service des aliénés, 1er bureau, 2, rue Lobau, Paris), pour obtenir leur inscription, en déposant les certificats ou diplômes constatant qu'ils remplissent les conditions d'exercice prescrites par l'article 4. Les candidats absents de Paris ou empêchés peuvent demander leur inscription par lettre recommandée. Toute demande d'inscription faite après le jour fixé pour la clôture des inscriptions ne peut être accueillie.

Art. 6. — La liste des candidats admis à prendre part au concours est arrêtée par le ministre de l'Intérieur, après avis du préfet de la Seine et close quinze jours avant la date de l'ouverture du concours.

Art. 7.— Dès que la liste des candidats est close, les membres du jury qui doivent être ainsi désignés conformément aux dispositions de l'article 9, sont tirés au sort par les soins d'une commission composée d'nn inspecteur général des services administratifs du minis-

tère de l'intérieur, président ; d'un délégué du préfet de la Seine et de deux membres délégués par la commission de surveillance des asiles publics d'aliénés du département. Chaque candidat peut se présenter à la préfecture de la Seine pour connaître la composition du jury.

Art. 8. — Tout degré de parenté ou d'alliance, jusque et y compris le sixième degré, entre un concurrent et l'un des membres du jury, ou entre les membres du jury, donne lieu à récusation d'office de la part de l'administration. Si les concurrents ont à proposer des récusations, ils forment immédiatement une demande motivée, par écrit et cachetée, adressée au préfet de la Seine. Les candidats ont cinq jours, à partir de la constitution définitive du jury, pour formuler leurs réclamations.

Art. 9. — Le jury est composé comme suit : un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur, nommé par le ministre, président ; — un professeur ou agrégé, choisi par le minstre de l'intérieur sur une liste de trois noms présentée par la faculté de médecine de Paris ; deux médecins en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine ; — un médecin en chef appartenant : soit à la maison nationale de Charenton, soit aux quartiers d'hospice de Bicêtre ou de la Salpêtrière, soit à l'infirmerie du dépôt près de la préfecture de police ; — deux directeurs médecins ou médecins en chef des asiles publics des départements autres que la Seine; — deux suppléants,dont l'un pris parmi les médecins en chef des asiles de la Seine, et l'autre parmi ceux des asiles des autres départements.

Les listes des médecins parmi lesquels sont tirés au sort les membres du jury sont arrêtées par le ministre, sur la proposition du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, après avis du préfet, et ne doivent comprendre que des médecins comptant au moins cinq années de grade et n'ayant pas pris part aux opérations du précédent concours, aucun juge, sauf le président, ne pouvant faire partie de deux jurys consécutifs.

Sont adjoints au jury, avec voix consultative : Le chef du service des aliénés de la préfecture de la Seine et le chef du 1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur. En outre, un secrétaire administratif est désigné, par arrêté préfectoral, pour assister le jury dans les diverses opérations du concours.

Art. 10. — Si un membre du jury, pour un motif quelconque, ne peut assister à une séance du concours, il ne pourra plus continuer à siéger dans le jury dudit concours ; mais le jury devra, pour délibérer, être composé de cinq membres au moins.

Art. 11. — Les épreuves du concours sont réglées de la manière suivante :

1° Une épreuve épreuve écrite de pathologie mentale, pour laquelle il sera cccordé quatre heures ;

2° Une épreuve clinique sur deux malades d'un service d'aliénés. Le candidat aura une heure pour l'examen des deux malades, vingt minutes de réflexion et trente minutes d'exposition.

3° Une épreuve écrite sur l'examen de deux aliénés dont l'un sera l'objet d'une consultation, l'autre l'objet d'un rapport médico-légal. Il sera accordé au candidat trente minutes pour examiner chacun des malades et trois heures au total pour rédiger le rapport et la consultation ;

4° Une épreuve écrite sur une question relative aux soins à donner aux différentes catégories d'aliénés pour laquelle il sera accordé deux heures ;

5° Une épreuve de clinique médicale ordinaire portant sur un malade. Il sera acordé au candidat vingt minutes pour l'examen, vingt minutes de réflexion et vingt minutes d'exposition ;

6° Une épreuve sur titres. Les points de l'épreuve sur titres sont donnés au début du concours.

Art. 12. — Le maximum des points attribués à chacune des épreuves est fixé à 30.

Dans le cas où le nombre des candidats ayant pris part aux deux premières épreuves est supérieur au quadruple du nombre des places, ces deux premières épreuves peuvent être considérées comme éliminatoires pour la moitié des candidats.

Art. 13.— La police générale du concours est confiée au jury qui détermine notamment les règles à appliquer au choix des compositions, à la lecture et à la remise des copies, désigne les services où doivent être subies les épreuves cliniques, fixe le choix des malades qui seront l'objet de ces épreuves et prend toutes dispositions utiles pour assurer la régularité et la sincérité du concours.

Art. 14. — En dehors du jury et du secrétaire administratif sont seuls admis dans les locaux consacrés aux épreuves écrttes, les candidats appelés à prendre part au concours. Les épreuves orales sont publiques.

Atr. 15. – A la fin de chaque séance, il est publiquement donné connaissance aux candidats du nombre des points qui leur sont attribués.

Art. 16. — Les candidats qui ont passé avec succès les épreuves du concours sont, en cas de plusieurs places vacantes, classés par le jury dans l'ordre de mérite ; ils font alors choix des places à attribuer, suivant leur ordre de classement.

Art. 17. — Les arrêtés préfectoraux investissant les intéressés de leurs fonctions, les arrêtés ministériels déterminant le traitement à leur allouer, et la date de leur entrée en fonctions sont pris dans les mêmes formes que les arrêtés relatifs aux médecins des asiles des autres départements.

Art. 18. — Les frais du concours sont à la charge du département de la Seine.

Art. 19. — Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur et le préfet de la Seine sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté. Fait à Paris, le 11 septembre 1907. G. CLÉMENCEAU.

Le service des infirmières hollandaises à l'Asile Fort Jaco ;

PAR LES Drs LEY ET SANO.

La séance de juin de la *Société de médecine mentale* de Belgique a eu lieu à l'asile Fort Jaco. M. LEY a donné à ses collègues les renseignements suivants :

Lors de notre nomination, à mon ami Boulanger et à moi, on nous a ouvertement reproché de n'avoir pas passé par les asiles avant d'entrer ici ; nous tenons à déclarer que nous sommes heureux de n'avoir pas eu l'occasion de nous abîmer dans ce milieu déprimant des établissements belges d'aliénés, où l'on voit bafouer l'autorité du médecin et où l'on arrive peu à peu à ne plus savoir s'indigner devant les camisoles, les entraves et les punitions infligées à de malheureux malades. Nous vous montrerons donc modestement ce que nous sommes arrivés à réaliser ici.

Le personnel qui débuta au « Fort Jaco », était absolument incompétent en fait des soins à donner aux aliénés.

Les sœurs qui le composaient étaient d'anciennes institutrices, quelques-unes anciennes infirmières d'hôpital, mais elles n'avaient jamais soigné les maladies mentales. L'échec fut complet, malgré des tentatives d'éducation professionnelle, *très mal acceptées* d'ailleurs, comme c'est malheureusement le cas fréquent. Il y a certes là une leçon à retenir pour ceux qui voudraient créer un asile d'aliénés à extension rapide : qu'ils prennent un personnel déjà au courant, car l'éducation après un court laps de temps d'un personnel profane est difficile, sinon impossible.

Le dévouement, les sentiments les plus purs de charité, ne servent de rien dans la réalisation d'un traitement humanitaire et scientifique de l'aliéné, si l'éducation professionnelle n'est intervenue, large et approfondie. Et j'en suis arrivé à constater que l'infirmerie en général est bien moins une question de dévouement qu'une question de connaissances rationnelles du malade.

Donnez-nous des infirmières capables, instruites, et le dévouement leur viendra tout naturellement parce que l'altruisme

est un sentiment naturel à tout être normal, et qu'il n'est le privilège d'aucune caste.

Nous avons donc été forcés, vu la mauvaise marche du service dans l'établissement, de nous adresser à un personnel hollandais, spécialement éduqué. Nous eûmes au début une vingtaine, puis ensuite une quarantaine de zusters ayant passé de deux à dix et même douze ans dans les asiles. Le changement fut rapide.

Quelques mois après leur arrivée, le service n'était plus à reconnaitre, une propreté méticuleuse régnait partout; le traitement des malades était organisé scientifiquement et d'après les ordres du médecin, ce qui n'avait jamais pu être obtenu auparavant.

Vous jugerez tantôt par la visite de nos salles des résultats obtenus, toutefois je désire vous donner en deux mots les caractéristiques de notre organisation :

1° *Le service infirmier est, chez nous, entièrement dans les mains du médecin ; c'est lui qui nomme les infirmières, fixe leur traitement, règle leur service et exerce la discipline.*

L'administration de l'établissement, en laquelle règne d'ailleurs l'esprit médical, a compris que *la bonne marche du service nécessite l'autorité absolue du médecin* sur le personnel de l'asile.

2° *Nous n'avons pas de servantes dans les salles* des malades ; *l'entrée de celles-ci est interdite à toute personne non éduquée comme infirmière* ; nous savons tous combien désastreuse est l'influence des domestiques grossiers sur les aliénés, et c'est dans le but d'éloigner ces éléments mauvais que *nos infirmières, bien qu'appartenant à une classe où les jeunes filles reçoivent une éducation assez relevée, acceptent de faire, aidées d'ailleurs par les malades, tous les travaux des sections, y compris les gros nettoyages.* Ce sentiment les honore.

C'est d'ailleurs à leur demande que les servantes furent renvoyées, car elles existaient à l'établissement du temps de l'ancien personnel.

3° Il existe une hiérarchie parmi les infirmières avec une autorité attachée aux divers grades ; nous avons deux infirmières en chef, une s'occupant des malades payants, l'autre des indigents. Ce sont elles qui règlent et surveillent le service des zusters. A la tête de chaque section se trouve une première infirmière sous les ordres de laquelle travaillent les infirmières diplômées et les élèves.

Au début, nous avons eu besoin d'un grand nombre d'infirmières expertes et diplômées ; actuellement, nous pouvons prendre assez bien d'élèves-infirmières dont l'éducation se fait au contact des autres et dans des cours spéciaux.

4° Nous avons dès le début organisé la *veille de nuit.* Six infirmières veillent actuellement la nuit et se reposent le jour. Ce chiffre représente une garde de nuit par cinquante malades.

Ces gardes font un service très actif, surveillent et soignent les malades comme pendant le jour. Une des gardes fait toute la nuit la ronde, et se charge de porter des boissons chaudes et des aliments à ses compagnes.

Nous sommes loin par conséquent de l'ancienne conception de la garde de nuit par un paysan mal dégrossi ou une servante mi-endormie, circulant par l'asile, armée d'une lanterne, en quête d'un incendie éventuel.

5° L'éducation professionnelle des infirmières a été organisée dès le début. Des cours de chimie, physique, anatomie, physiologie, infirmerie, psychiâtrie, ont été donnés par M. Boulanger et moi-même. *Ces cours, jusqu'à présent libres, ont été suivis même par les infirmières diplômées* qui y trouvaient toujours matière à apprendre. Des cours de français ont également été organisés.

6° L'Administration de l'établissement a cherché à donner à ces jeunes filles un certain confort ; chacune d'elles a sa chambrette, les infirmières en chef ont en plus un petit salon-bureau. Une maison que vous verrez, leur est réservée. Dans le zusterhuis elles peuvent se réunir le soir ; elles y ont une salle à manger, un salonnet avec piano, jeux, journaux.

Nous sommes arrivés en somme, grâce à ce personnel, à établir très vite le no-restraint, le traitement au lit et les procédés modernes de thérapeutique des maladies mentales. Au début cela fut évidemment difficile ; nous avons eu une période de transition du restraint au no-restraint pendant laquelle nous nous sommes bien trouvés de l'enveloppement humide froid cousu au moyen de ficelles. Actuellement ce procédé hydrothérapique est employé dans les conditions plus conformes aux règles thérapeutiques modernes, et ne rappelant plus en rien la contrainte violente de jadis. Notre expérience a bien prouvé, je pense, que le personnel est dans un asile chose primordiale. La réforme de celui-ci fait partie intégrante d'ailleurs de la réforme du régime médical des asiles — si urgente. Je veux attirer aussi votre attention sur la satisfaction que nous avons de devoir pratiquer fort peu l'isolement. En ce moment nous n'avons pas une seule malade isolée et, sauf la nuit, il en est souvent ainsi. Il est certain que l'isolement, surtout en cellule, est encore un procédé barbare et irrationnel destiné à disparaître. Vous allez faire le tour de l'établissement et j'espère que vous pourrez constater la possibilité d'avoir, sans liens et sans entraves des malades calmes, tranquilles, ne rappelant en rien la foule hurlante et grimaçante des asiles où sévissent les moyens de contrainte. Le confrère d'Hollander écrivait récemment que la visite de la clinique de Kraepelin à Munich, l'avait frappé par le fait qu'on n'y entend pas un cri. Et notre excellent confrère Cuyslits, qui semble n'avoir pas vu beaucoup d'asiles étrangers, de se moquer

et de plaindre la naïveté de ceux qui croient à ces contes merveilleux. J'espère vous faire constater, Messieurs, que ce conte est chez nous aussi, devenu quelque peu une réalité.

Après cette communication, a eu lieu la visite de l'établissement dont on a admiré l'ordre et la bonne tenue et surtout le calme dans le quartier des agités. La visite achevée, le président, M. Sano, a remercié en ces termes :

Messieurs avant de terminer la séance, je tiens au nom de vous tous à adresser nos meilleures félicitations à tous ceux qui ont quelque responsabilité dans la bonne marche de l'établissement que nous venons de visiter. Si quelque critique pouvait se présenter à notre esprit, en voyant ces locaux et cette organisation modèle du personnel, il nous suffirait de nous rappeler le chemin parcouru en si peu de mois, pour avoir confiance dans l'avenir et dans la réalisation des projets annoncés.

Comparons ce que le souvenir d'une visite antérieure nous a laissé avec le calme, la propreté, l'aspect riant d'aujourd'hui ! Le docteur Ley nous a dit quels furent les meilleurs moyens pour arriver à de rapides progrès. J'y ajouterai qu'il fut secondé par un propriétaire médecin, dont la bonté de cœur est au-dessus de tous éloges, et qui sut comprendre que l'assistance des aliénés doit être une question essentiellement et purement médicale, c'est-à-dire avant tout scientifique et humanitaire.

C'est grâce à cet esprit de désintéressement que le docteur Ley a pu se donner entièrement et exclusivement à la réorganisation de l'asile. Il habite cet asile, il y est toute la journée, au milieu de son personnel ; il se tient même la nuit à la disposition des malades qui peuvent nécessiter des soins. Mais il est un moyen décisif dont notre ami a pu disposer pour arriver à des résultats certains : la direction médicale du personnel infirmier. Ce personnel a eu en Hollande une éducation d'élite et notre confrère continue à l'améliorer encore. C'est donc bien à l'union de toutes les forces vives qui agissent ici dans la pleine conscience de leur mission de charité et de science que nous devons nos encouragements et notre admiration.

Puissions-nous les rencontrer encore souvent dans cette même et salutaire bonne entente : ce sera toujours pour le plus grand profit des aliénés et pour notre propre éducation scientifique.

De tels résultats pourront être facilement réalisés dans notre pays en nous plaçant dans les mêmes conditions. Direction médicale, pleine autorité du médecin par conséquent sur le personnel ; éducation sérieuse,

…nique de ce personnel, habitation réelle du médecin dans son asile. B.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES

(Genève, XVII[e] session, août 1907.)

Du siège anatomique de l'aphasie.

M. Mahaim (de Céry).— D'après M. Pierre Marie, l'insula et les parties sous-jacentes sont l'organe moteur du langage articulé. Leur destruction détermine l'anarthrie dans le sens nouveau que lui attribue M. Pierre Marie, c'est-à-dire le syndrome appelé jusque-là aphasie motrice pure. Pour le même auteur, l'aphasie motrice est une aphasie de Wernicke doublée d'une anarthrie dans le sens sus-indiqué.

A cette nouvelle conception de l'aphasie, je crois pouvoir opposer les faits suivants :

a) Un cas d'aphasie sensorielle ; le malade était bavard, paraplégique et jargonaphasique. A l'autopsie on trouva une lésion temporale double ; à gauche l'insula ainsi que l'avant-mur, la capsule externe et la couche adjacente du putamen étaient détruits dans leurs quatre cinquièmes postérieurs. Pas trace d'anarthrie dans le sens de M. Pierre Marie.

b) Un cas de destruction complète de l'insula, sauf la première circonvolution antérieure, l'avant-mur et la capsule externe ; le malade ne présentait pas trace d'aphasie motrice.

c) Un cas d'aphasie totale avec intégrité apparente de la troisième frontale. A l'examen des coupes en séries microscopiques, toute la projection frontale fut trouvée coupée dans le centre ovale. Il n'y avait plus aucune relation entre la troisième frontale et le lobe temporal.

Les cénesthopathies.

MM. Dupré et P. Camus (de Paris). — Les cénesthopathies sont des troubles de la sensibilité générale, à localisations variées, caractérisées par des sensations étranges, indéfinissables, pénibles plutôt que douloureuses, dont la nature insolite inquiète et trouble les malades.

Ce syndrome, propre aux dégénérés, est une forme sensitive spéciale de la déséquilibration constitutionnelle du système

nerveux, indépendante de toute lésion saisissable et souvent rebelle à tout traitement.

Secondairement aux malaises sensitifs, peuvent apparaître des réactions variées, d'ordre anxieux ou hypocondriaque.

Le diagnostic des cénesthopathies doit et peut être fait d'avec les diverses douleurs, d'ordre névralgique ou autre ; d'avec les hyperesthésies et les topoalgies des hystériques et des neurasthéniques.

Les cénesthopathes se distinguent des hypocondriaques par le caractère primitif et souvent unique de leurs malaises, indépendantes des troubles de l'humeur et de l'intelligence, par le manque de convictions délirantes, par la fixité régionale et l'absence d'évolution clinique du syndrome.

De l'influence exercée par les sels de calcium et de sodium sur l'évolution de la tétanie expérimentale.

MM. PARHON et URÉCHÉ (de Bucarest). — Après avoir extirpé l'appareil thyroparathyroïdien chez 20 chiens, nous avons injecté à quelques-uns de ces animaux des sels de sodium ou de calcium.

Il résulte de nos expériences que les sels de sodium déterminent, en général, une exacerbation des phénomènes convulsifs ; en outre, la plupart des animaux injectés ont survécu moins longtemps que les témoins. Les sels de calcium nous ont paru avoir au contraire une action sédative. La plupart des chiens qui ont reçu des injections de ces sels ont survécu également moins que les témoins, mais ici il faut incriminer à ce qu'il semble la dose employée (1 gramme),car un animal qui n'avait reçu que 0 gr. 50 centigr. a survécu douze jours. On peut conclure de ces recherches que dans l'évolution des troubles consécutifs à la thyroparathyroïdectomie il faut tenir compte de certains facteurs individuels.

Sur les suites éloignées des paralysies oculo-motrices.

M. ANTONELLI (de Paris). — On sait que les paralysies du nerf de la sixième paire ayant duré plus ou moins longtemps sont suivies, surtout chez les jeunes sujets, d'un strabisme convergent qui présente tous les caractères du strabisme ordinaire, dit concomitant. Les anciennes paralysies du nerf de la troisième paire s'accompagnent un peu plus rarement d'un strabisme divergent, ou tout au moins d'une insuffisance manifeste de la convergence, analogue à la divergence,dite concomitante, des myopes. Quant aux paralysies isolées du nerf de la quatrième paire, elles sont trop rares pour que nous puissions en fixer les suites éloignées.

A la suite des paralysies guéries du moteur oculaire externe

et du moteur oculaire commun,la déviation précoce du globe de l'œil est uniquement due à la perte de tonicité du ou des muscles paralysés et à l'exagération du tonus du muscle antagoniste. A la longue, ce muscle antagoniste peut présenter un raccourcissement par adaptation, qui ne représente pas non plus, à proprement parler, une contracture. La déviation provoque ou aggrave dès son apparition la diplopie,et alors la neutralisation de la fausse image entre en jeu. Cette neutralisation s'oppose d'abord au développement de la diplopie ; mais, plus tard, quand le trouble moteur a cessé ou diminué, c'est cette neutralisation qui devient la cause du défaut de rétablissement de la motilité binoculaire proprement dite.

La psychothérapie chez les neurasthéniques.

M. HARTENBERG (de Paris). — Chez les neurasthéniques vrais, chez ces malades nombreux et de type clinique très net, qui présentent, à la suite d'une intoxication et d'un surmenage émotionnel associés le plus souvent, des symptômes de grave fatigabilité physique et mentale, de céphalée, de troubles digestifs, d'émotivité exaltée, la psychothérapie, sous quelque forme qu'on l'applique. — hypnotisme, suggestion ou persuasion, — ne procure que des résultats médiocres, parce que cette neurasthénie n'est pas une maladie psychique, due à une représentation mentale, mais exprime un trouble fonctionnel de la cellule nerveuse. Quant aux troubles psychiques qui l'accompagnent, — anxiété, scrupules, hypocondrie, etc., — ils ne réclament pas davantage la psychothérapie, car ils ne sont que l'exagération, à la faveur de la dépression cérébrale et de l'émotivité exaltée, des tendances morbides du caractère habituel de ces sujets, et ils disparaissent spontanément lorsqu'un traitement hygiénique, physique ou médicamenteux a redressé l'épuisement nerveux. J'estime donc que la psychothérapie n'a que peu d'action dans ces cas. Les malades qu'elle a paru améliorer ou guérir ont bénéficié en réalité soit de la cure de repos et de suralimentation qu'ils subissaient concurremment, soit de la disparition de leurs symptômes auto-suggérés.

M. DÉJERINE. — Je pense que la neurasthénie n'est pas une maladie de la cellule, qu'il s'agit avant tout de troubles fonctionnels et que tout malade qui mérite le nom de neurasnique est susceptible d'une très large amélioration par le traitement psychothérapique seul.

M. BERNHEIM (Nancy).—Pour lui, il n'y a pas de neurasthénie ; il y a des troubles nerveux qui sont émotifs, autosuggestifs. Ceux-là, il peut les guérir par l'éducation en défaisant la suggestion médicale qui a été souvent nuisible aux ma-

lades. On leur a donné des régimes impossibles, on leur a inculqué des idées fausses sur leur état. La psychothérapie peut les guérir très vite. Quant aux malades de M. Hartenberg, il les considère comme des intoxiqués, des mélancoliques, plutôt que des neurasthéniques, il peut les consoler, il ne peut les guérir par la psychothérapie.

M. Sollier (Paris). — M. Hartenberg a raison de définir ce qu'il appelle la neurasthénie, car c'est parce qu'on ne parle pas des mêmes choses, qu'on ne s'entend pas. Je ne suis pas aussi exclusif que M. Hartenberg, au sujet de la psychothérapie. Je pense qu'il faut traiter ces malades-là par tous les bouts, physiquement et moralement.

M. Léopold-Lévi (Paris) pense qu'il y a intérêt à rechercher la pathogénie dans chaque cas de neurasthénie. Sans insister, puisqu'il fera une communication spéciale sur le sujet, il rappelle qu'avec M. H. de Rothschild, il a étudié la neurasthénie thyroïdienne, et il cite des cas de malades neurasthéniques qui étaient des hypo-thyroïdiens, guéris par l'absorption de corps thyroïde.

Revue critique de la thérapeutique du tabes dorsalis.

M. Hirschberg (de Paris) réhabilite dans une certaine mesure la suspension comme méthode de traitement des tabétiques, et montre que la méthode de rééducation de Frenkel, plus complexe qu'on ne pense, doit toujours être confiée à un médecin, et ne doit pas coïncider avec une cure thermale comme Nauheim ou Lamalou.

Kleptomanie chez une hystérique ayant présenté à différentes époques de son existence des impulsions systématisées de diverses natures.

M. Bernard Leroy. — Il s'agit d'une femme de 49 ans, venue me trouver spontanément pour que je la guérisse d'impulsions irrésistibles à voler aux étalages des objets dont elle n'avait nul besoin.

L'intérêt particulier de cette observation consiste d'abord en l'existence d'une confession écrite par la malade et très détaillée ; suffisamment instruite pour s'analyser assez bien, elle n'avait d'autre part jamais eu maille à partir avec la justice, et, par suite, ne cherchait nullement à déguiser, soit les faits, soit son état d'esprit ; les observations que l'on publie généralement ont, au contraire, pour la plupart, été recueillies à l'occasion d'enquêtes médico-légales et présentent par suite une valeur très différente.

En second lieu, cette malade n'en était pas à sa première

perversion passionnelle : depuis une dizaine d'années, elle en avait présenté au moins quatre, assez bien caractérisées :

D'abord une sorte de dégoût et de haine irrésistible pour son mari, sentiments nullement motivés, tout à fait contraires à ses tendances normales et profondes, et engendrant cependant des velléités de crime longuement méditées qui aboutirent à un commencement d'exécution. Puis, une aveugle passion pour tous les individus portant un uniforme quelconque, passion dépourvue, semble-t-il, de caractère sexuel et qui a entraîné la malade, précisément à cause de cela, à des aventures bizarres. Je signalerai ensuite une impulsion à boire de l'absinthe qui a, pour ainsi dire, avorté immédiatement, et enfin, une sorte de fausse dévotion présentant les mêmes caractères d'illogisme que les autres passions morbides. Ces différentes tendances ont présenté dans leur mode d'évolution et de guérison des ressemblances frappantes.

Ecchymoses spontanées zoniformes.

M. Etienne (Nancy) communique un cas d'éruption ecchymotique, occupant nettement le territoire du nerf frontal, survenue spontanément après une période de vives douleurs névralgiques. Ce type morbide se rapproche beaucoup du zona et peut être attribué à un phénomène de vaso-dilatation par lésion des filets sympathiques.

Ataxie oculo-motrice d'origine labyrinthique dans le tabes.

M. Etienne.— Il s'agit d'un tabétique présentant le signe de Romberg et des phénomènes d'ataxie oculo-motrice d'origine labyrinthique. Le malade a une diminution de l'acuité auditive, des bourdonnements à gauche, et aussi un strabisme avec diplopie qui ne peut être expliqué par un trouble névritique ou musculaire, mais par le mécanisme étudié par P. Bournier (Rapports entre le noyau de l'O. M. E., du pathétique, de l'O. M. C. du même côté et l'O. M. G., de l'autre côté).

Anxiété, morphine et démence.

M. Mézie présente les résultats du traitement morphinique appliqué dans le service du Dr Charon, à l'asile d'Amiens. La technique a été surveillée avec soin, enregistrée méthodiquement et comporte les précautions et moyens adjuvants utiles pour assurer dans les meilleures conditions la comparaison des effets et des rapports.

L'observation porte sur 24 cas de mélancolie anxieuse, différente par l'âge et la gravité symptomatique, qui tous, concurremment avec l'alitement et la cure de désintoxication, ont été soumis à l'action du chlorhydrate de morphine par la

voie sous-cutanée et selon le mode croissant et décroissant de 1 à 10 centigrammes par jour. Le point intéressant qui se dégage de cette observation et que l'auteur tient seulement à souligner c'est la valeur diagnostique et pronostique que présente ce traitement au point de vue de la démence. Les malades seuls, dont la quantité intellectuelle est intacte, réagissent favorablement au traitement : ceux qui sont en voie de processus démentiel y restent indifférents.

Le chlorhydrate de morphine mériterait donc d'être considéré, dans les états anxieux qui masquent le fond psychique et rendent souvent le diagnostic difficile, non impossible, comme un réactif fidèle de la démence. La considération pronostique importante qui s'en dégage n'a pas besoin d'être développée.

Paraplégie spasmodique familiale.

M. Courtellemont (Amiens). — Il s'agit d'un homme de 51 ans. Les symptômes de paraplégie ont débuté à l'âge de 36 ans, sans antécédents personnels à noter en dehors d'une éruption furonculeuse qui laissa aux membres inférieurs des cicatrices ne prêtant d'ailleurs à aucune discussion sur leur nature.

Ce malade présente une démarche spasmodique, avec exagération des réflexes, trépidation épileptoïde, signe de Babinski. Cette paraplégie s'accompagne de troubles génito-urinaires. Impuissance totale et légère incontinence d'urine. La ponction lombaire ne révéla pas de lymphocytose. Ce qui constitue l'intérêt de ce cas, c'est que la mère, la sœur et le frère du malade sont également atteints de paraplégie spasmodique. Chez le frère, on constate une insuffisance cérébrale très marquée. La sœur présente une paraplégie accompagnée de troubles urinaires. Les parents de ces malades ne sont pas des consanguins, et comme la syphilis ou tout autre infection paraît devoir être écarté, pour expliquer l'origine de cette paraplégie chez ce sujet, l'étiquette de paraplégie familiale s'impose. Il faut noter l'apparition tardive de la maladie, sauf chez un sujet, dans la famille, et on peut se demander s'il s'agit d'une anomalie congénitale ou d'une sclérose évoluant très lentement vers la sclérose en plaques.

La séance de samedi après-midi est ouverte à 2 h. 30, à l'Aula, sous la présidence de M. le Dr Cullerre, vice-président du Congrès.

Après l'approbation du compte-rendu financier du dernier Congrès, l'Assemblée décide que le prochain

Congrès aura lieu, l'année prochaine, à Dijon. Elle nomme M. le D[r] VALLON, de Paris, comme vice-président et le D[r] GARNIER, de Dijon, comme secrétaire général du futur Congrès. Nous rappelons que le Président désigné l'an dernier est M. le D[r] CULLERRE. Enfin elle fixe les trois questions qui seront l'objet de rapports au Congrès de 1908. Ce sont :

1° *Les troubles mentaux par anomalie des glandes à sécrétion interne*. Rapporteur : D[r] LAIGNEL-LAVASTINE (Paris). 2° *Diagnostic et formes cliniques des névralgies*. Rapporteur : D[r] VERGER (Bordeaux). 3° *Assistance des enfants anormaux*. Rapporteur : D[r] CHARRON (Amiens).

Le président prend la parole pour remercier M. le professeur Weber de l'amabilité avec laquelle il a reçu et fait visiter au Congrès l'Asile de Bel-Air. Il se fait un devoir de rendre hommage au zèle et au dévouement de M. le professeur Prévost, président et de M. le D[r] Long, secrétaire général du Congrès et il les remercie de l'accueil sympathique que les congressistes ont reçu à Genève, ainsi que des charmantes promenades et des merveilleuses réceptions qui leur ont été offertes. L'assemblée tout entière approuve les paroles du président et s'associe à ses éloges par d'unanimes et chaleureux applaudissements.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHIATRIE

de Neurologie, de Psychologie et d'Assistance des Aliénés

Amsterdam, 2-7 septembre 1907.

La première séance du Congrès a été présidée par le prof. Jelgersma, en présence de S. M. la Reine et de S. A. R. le Prince Hendrik der Nederlander. — Le ministre de la Justice, le D[r] Van Raakt ouvre le Congrès et souhaite la bienvenue aux délégués des Gouvernements étrangers et explique le but et la tendance de ce Congrès, après, le Prof. Jelgersma fait une conférence sur l'influence de la vie moderne sur les maladies des systèmes nerveux. La plupart des délégués des gouvernements, D[r] A. Marie pour la France, prennent la

parole. Du discours du président nous reproduisons les pages suivantes qui indiqueront le but poursuivi :

En vérité,messieurs, n'est-ce pas un signe du développement de la courtoisie internationale, une application tout moderne de l'idée classique de la *comitas gentium*, que les divers gouvernements autorisent et délèguent quelque-sunes de leurs illustrations de la science ou quelques uns de leurs hauts fonctionnaires afin qu'ils apportent à l'œuvre collective le concours de leurs talents et de leurs connaissances.

Aussi je m'acquitte de grand cœur d'une double tâche bien agréable, d'abord en vous souhaitant au nom du gouvernement de S. M.la Reine la bienvenue dans la capitale de notre pays,à vous,Messieurs les délégués des Gouvernements et à vous tous, Messieurs les membres du congrès, et ensuite en remerciant les Gouvernements qui ont voulu reconnaître la haute utilité de la collaboration internationale dans le domaine de la science et ont donné suite à l'invitation du gouvernement Néerlandais d'envoyer à ce congrès leurs représentants.

Permettez-moi que je tâche de tracer en quelques traits généraux où réside la haute importance du congrès et quelle est l'idée maîtresse qui se dégage du programme étendu de ses délibérations. Et bien, j'espère ne pas me tromper en disant que c'est la représentation synthétique de toutes les branches de la science qui s'occupe de *l'étude de la vie mentale*, qui forme le caractère principal de ce congrès international,qui le distingue de ses devanciers et qui — on peut l'affirmer sans aucune exagération — le relève à la hauteur d'un fait historique dans les annales de la science.

Car s'il est vrai que déjà aux différents congrès internationaux précédents, voués soit à l'anthrologie criminelle, soit à la psychiatrie, soit plus spécialement à *l'assistance familiale* des aliénés, nombre de sujets furent mis à l'ordre du jour, qui de nouveau appelleront toute l'attention du présent congrès c'est maintenant que pour la *première fois* nous voyons dans ce congrès,se manifester, par les faits cette conviction commune ; à savoir : que le psychiatre le neurologue,le psychologue et le criminaliste se voient contraints de s'unir, de collaborer, d'échanger les résultats de leurs recherches et de leur observation, des phénomènes qui se produisent sur le terrain spécial de leurs études,la conviction qu'ils doivent se soutenir mutuellement, se compléter pour ainsi dire, s'ils veulent réussir à résoudre les questions difficiles que non seulement la science,mais aussi la pratique de la vie et le législateur leur soumettent de jour en jour en plus grande mesure.

C'est au présent congrès que sont combinés pour la première fois toutes les différentes branches de la *biologie du système nerveux d'une part*, avec la doctrine de l'assistance des aliénés,avec la thérapie, d'autre part, combinaison qu'on ne peut trop apprécier,lors-

qu'on se rend compte des relations intimes par lesquelles ces diverses branches d'étude et d'application pratique sont liées — de l'action réciproque qu'elles exercent. Ceci se rapporte spécialement au lien reconnu de nos jours entre la psychiatrie et la psychologie, lien qui s'écoule clairement des observations récentes, par lesquelles il est démontré qu'entre l'état mental normal et l'état mental morbide les différences ne sont souvent que graduelles. Dès lors le psychiatre et le psychologue sont devenus indispensablement coopérateurs.

La *psychologie* pourra aider le psychiatre à comprendre les anormalités mentales, à pénétrer dans ces phénomènes, ce qui suppose toujours, qu'on a éprouvé soi-même, même à un beaucoup moindre degré d'intensité, des sensations analogues : comme Goethe l'a déjà dit dans son « Faust »: « Du *gleichst* dem Geist, den du begreifst.

D'un autre côté la *psychiatrie* apprend à connaître des symptômes et des états psychiques dans de telles proportions et dans une telle pureté, dans lesquelles ils ne se manifestent pas chez l'homme normal. Comme le fait remarquer un des rapporteurs du présent congrès, M. O. Gross, la psychologie n'est pas seulement la pathologie, mais aussi ce qu'il appelle la microscopie de l'âme.

Non moins grande est la valeur heuristique que les recherches du psychologue et celles du neurologue ont les unes pour les autres ; souvent ce sont les résultats de la psychologie qui procurent au neurologue des indices précieux sur la manière dont se déroule le procès psychologique dans le système nerveux central malade.

Et enfin lorsque nous nous plaçons sur le point de vue de la pratique et de l'application des leçons de la science, nous pourrons regarder la doctrine de l'assistance des aliénés et des nerveux comme le résultat final de toutes ces recherches scientifiques, comme le *couronnement* de l'édifice.

Mais c'est spécialement le Ministre de la Justice — j'espère que vous me permettez cette observation quelque peu utilitaire — qui a des raisons personnelles de se réjouir de l'heureuse collaboration des membres de ce congrès. Le Département à la tête duquel il est placé sera un des premiers à profiter, tant en ce qui concerne son travail législatif, qu'en ce qui regarde sa tâche administrative, de la lumière, qui indubitablement va jaillir de vos savants débats ; car est-il besoin de le dire, ce sont quelques-uns des sujets dont vous allez traiter qui, chez nous comme ailleurs intéressent vivement et préoccupent le législateur. Des raisons impérieuses conduisent le législateur en matière pénale et pénitentiaire à compter avec les expériences biologiques, qui se sont produites sur le terrain de la psychologie et de la neurologie. *Ne peut-on pas aujourd'hui regarder comme incontestable* qu'il n'est pas rare que le crime trouve sa racine dans certaines déviations mentales du délinquant ou du moins se rattache à un état mental morbide? Et bien, que les doc-

trines d'un LOMBROSO, l'homme génial, qui est réputé le père de l'anthropologue criminelle, ne trouvent plus, du moins dans leur forme primitive, que peu de défenseurs, la législation des états modernes civilisés admet de nos jours à peu près sans exception, que la procédure à l'égard des réfractaires aux normes de la loi pénale et leur traitement, doivent de toute nécessité tenir compte des résultats que *l'aetiologie* criminelle nous a démontrée et continue à nous démontrer.

Au moins le législateur Néerlandais n'a-t-il pas négligé sur le terrain pénitentiaire les conseils de la science psychologique. Les mesures législatives, qui sont entrées en vigueur depuis le 1 décembre 1905 sur la procédure à l'égard des mineurs et de l'éducation des jeunes délinquants qui en vertu d'un jugement sont mis à la disposition du Gouvernement, réservent un rôle bien important au psychiatre ; je cite comme exemple significatif ce fait, que les médecins placés auprès de nos écoles publiques de discipline sont tous des psychiatres. La descendance, le milieu, l'état mental et physique de l'enfant criminel ou moralement abandonné forment des sujets de profond examen,et dont on tâche à se rendre un compte exact, quand il s'agit du traitement, de la classification au choix d'un métier et du reclassement après sa libération. Le psychiatre est devenu le conseiller permanent qui assiste quotidiennement l'éducateur public dans l'accomplissement de presque toutes ses fonctions.

Tout ce que le congrès nous apprendra en matière psychiatrique pourra donc pour ainsi dire être immédiatement utilisé chez nous, dans l'intérêt de la jeunesse criminelle et de l'éducation des enfants mentalement arriérés.

Mais aussi en ce qui concerne le traitement par le législateur national des criminels *adultes*,les débats de ce congrès seront d'une grande actualité.

Je pense à la procédure à l'égard des personnes de responsabilité atténuée qu'un auteur français dans un ouvrage récent comprend sous le terme général de : *demi-fous — demi-responsables* — sujet qui récemment entre les jurisconsultes Néerlandais a donné lieu à d'intéressantes discussions. Et ce n'est pas un secret, que le Ministre de la Justice s'occupe en ce moment des études préparatoires nécessaires, tendant à ce que la législation en se conformant aux idées modernes sur le traitement des *aliénés dangereux* reconnaisse dans l'intérêt de l'individu, aussi bien que dans l'intérêt de la société, que quant à ces malheureux la solution du problème doit être cherchée dans *l'assistance* plutôt que dans la peine.

Je nomme encore *l'assistance des aliénés qui ont comparu en justice.* Sur cette matière une commission royale, composée de psychiatres et de criminalistes a publié en *Avril* 1904 un rapport important. De ce rapport sont puisées en partie les données, d'après

lesquelles on projette de régler le traitement : des *prisonniers, qui pendant leur détention,* ont montré des symptômes de *vie mentale.*

Assez de raisons pour conclure que c'est avec la plus grande attention et le plus vif intérêt que le législateur de notre pays suivra vos débats, non seulement sur le domaine de la psychiatrie pure mais aussi sur celui où se rencontrent les diverses branches de la science et leur application pratique.

L'association Néerlandaise pour la psychiatrie était donc bien heureusement inspirée, lorsqu'elle se proposait de convoquer le congrès dans *notre* pays, où à côté de cette association qui déploie une grande activité, nous voyons à l'œuvre, — et avec beaucoup de succès — sur le terrain qui nous occupe, l'association dite « Wilhelmina-Vereeniging », *pour le relèvement de l'assistance des aliénés,* « l'association contre l'Epilepsie » et plusieurs autres institutions du même genre.

En outre surtout dans les derniers vingt ans nombre d'hôpitaux bien organisés pour le traitement des aliénés ont remplacé chez nous les vieux établissements, et en général l'assistance des aliénés en son entier a fait des progrès sensibles.

Tout porte à croire qu'aussi bien pour l'assistance des aliénés et le traitement les nerveux — entre autres des épileptiques et des alcooliques — que dans les autres questions le congrès produira des résultats fructueux. Puissent vos travaux être profitables au progrès de la science, à l'intérêt de la société, à l'humanité souffrante ! C'est en formant ce vœu que je déclare le congrès ouvert.

SECTION I

L'Hystérie maladie mentale

Par le Dr Pierre JANET

Depuis une trentaine d'années il semble entendu par tout le monde que l'Hystérie est une maladie mentale, mais cette déclaration me semble rester le plus souvent souvent lettre morte, car après avoir adopté une formule psychologique quelconque « l'hystérie est une maladie psychique, une maladie par imagination, une maladie par idée, une maladie par suggestion, ou par persuasion » on n'en tient plus compte le moins du monde et on étudie cette névrose comme une maladie organique quelconque. Il faudrait cependant s'entendre : si l'hystérie est une maladie mentale, elle rentre dans le domaine de la psychiatrie : on doit pour l'étudier, adopter les méthodes de cette science, analyser les caractères psychologiques de chaque symptôme et surtout comparer cette maladie avec les autres maladies mentales connues.

Cette discussion ne doit pas porter sur des symptômes rares et douteux, mais sur les phénomènes les plus simples de tous, qui de

tout temps ont caractérisé l'hystérie. A ce point de vue je mettrai au premier rang un fait à la fois banal et célèbre ,ce délire bizarre qui à certains moments envahissait l'esprit des pythonisses, des sybilles, des prophétesses, des extatiques, des possédées. C'est le délire que la littérature même a consacré comme tout à fait caractéristique ; le délire de lady MACBETH quand elle frotte sa main pour y enlever la tâche de sang et quand elle dit tout haut sans soupçonner la présence des témoins : « Damnée tâche ! tous les parfums de l'Arabie ne l'enlèveront pas... qui aurait pu croire que le vieillard eut tant de sang... » Ce genre de délire n'a pas disparu, sur 600 observations d'hystériques que j'ai recueillies je relevais dernièrement au moins 120 cas très nets dans lesquels on retrouve ce délire tout particulier sous des formes diverses complètes ou incomplètes. Ce sont des malades qui à certains moments se mettent à répéter une scène à laquelle ils ont assisté ou à mettre en action une idée fixe quelconque.

Ce délire est à mon avis extrêmement original : il rentre bien dans les maladies mentales ; mais dans toute la pathologie mentale je ne crois pas que l'on puisse trouver un délire semblable qui ait les mêmes caractères et qui puisse être confondu avec celui-ci. D'abord ce délire est extrême, il s'accompagne d'une conviction intense que l'on retrouve bien rarement, il détermine une foule d'actions et,si je ne me trompe,amène quelquefois de véritables crimes. (1). Il donne naissance à une foule d'hallucinations de tous les sens extrêmement intenses. Le développement de ce délire est étonnamment régulier : la scène de la crucifixion ou la scène du viol se répètent cent fois de suite exactement, avec les mêmes gestes, les mêmes mots au même moment.

D'autres caractères en quelque sorte négatifs sont plus curieux encore : Pendant le développement de son délire, le sujet, non seulement ne croit rien, n'accepte rien qui soit en opposition avec son idée dominante comme on le voit dans des délires systématiques, mais il ne voit même rien, n'entend rien en dehors du système d'images de son idée : « ses yeux sont ouverts mais ils ne voient rien, disait déjà le médecin de lady MACBETH ». Quand le délire se termine le sujet revient à la vie normale et semble avoir complètement oublié ce qui vient de se passer. Dans bien des cas, comme j'ai essayé de le montrer (2), cette amnésie est plus complète encore ; elle s'étend non seulement sur la période remplie par le délire mais encore sur l'idée même qui a rempli le délire et sur tous

(1) Cf. l'Observation remarquable du Dr BIANTE (Nantes). Des maladies du sommeil et des crimes commis dans le somnambulisme. *Annales médico-psychologiques*, 1904, II, 399.

(2) Dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de psychologie normale et pathologique*, 1906.

les événements précédents auxquels cette idée a été mêlée. Sans doute cette amnésie comme cette anesthésie a des caractères étranges : elle n'est ni définitive, ni bien profonde, mais elle n'en est pas moins très réelle, elle n'est ni inventée, ni voulue par le sujet qui a l'idée fixe de l'événement auquel il pense dans son délire, mais qui n'a aucunement l'idée de tous ces caractères du délire qui se reproduisent cependant depuis des siècles dans le pays les plus divers.

En résumé ce premier grand symptôme de l'hystérie pourrait se caractériser ainsi : c'est une idée, un système d'images et de mouvements qui échappe au contrôle et même à la connaissance de l'ensemble des autres systèmes constituant la personnalité. D'un côté il y a développement exagéré, régulièrement déterminé, de cette idée émancipée, de l'autre il y a une lacune ,amnésie ou inconscience particulière dans la conscience personnelle.

Si l'on veut bien y faire attention, on reconnaîtra aisément que bien que ces caractères n'existent dans aucune autre maladie mentale, il n'y a pas à rapprocher ce syndrome des confusions mentales ou des démences : la dissociation existe bien dans les syndromes démentiels, mais elle est alors beaucoup plus profonde et désagrége les systèmes psychologiques eux-mêmes au lieu de les séparer seulement les uns des autres. Personne ne confondra ces phénomènes avec les délires systématiques où il n'y a pas anesthésie, ni amnésie ,où le délire remplit la vie entière au lieu d'occuper seulement un moment séparé des autres.

La véritable comparaison qui s'impose et qui n'est pas sans difficultés c'est celle de ces idées à forme somnambulique ou à forme médiamique avec les diverses obsessions des psychasthéniques. Je crois que ce sont des phénomènes voisins, mais qu'il y a cependant lieu de distinguer: les obsessions ont un développement moins complet et moins indépendant. Elles ne parviennent ni à l'acte, ni à l'hallucination ; elles ne s'isolent pas au même degré et ne s'accompagnent ni d'anesthésie, ni d'amnésie. En un mot les idées fixes que présentent les hystériques constituent un symptôme extrêmement original et important.

Considérons un phénomène très voisin de l'idée, de langage. Dans bien des cas nous voyons des crises singulières de logorrhée dans lesquelles le sujet parle indéfiniment, à tort et à travers de toutes espèces de choses sans pouvoir s'arrêter. Ces crises de langage qui peuvent porter sur la parole ou sur l'écriture ont revêtu bien des formes. On retrouve ici la même exagération, la même régularité que dans les crises d'idées fixes : on y retrouve les mêmes caractères négatifs : le sujet ne peut plus arrêter sa parole, mais ce qui est le plus curieux,il ne peut plus non plus la produire volontairement. A mon avis les phénomènes de mutisme hystérique doivent être étroitement rapprochées des cas de parole et d'écriture automa-

atique dont ils ne sont que la contre partie. Beaucoup d'auteurs ont signalé ces muets qui parlent en rêve en crise, en somnambulisme : j'en ai recueilli une vingtaine d'exemples.

En un mot il se passe pour la fonction du langage, quelque chose d'analogue à ce que nous avons observé pour l'idée fixe. Après tout, qu'est-ce qu'une fonction si ce n 'est un système d'images associées les unes avec les autres exactement comme une idée ? Le système est plus considérable, il est surtout plus ancien, mais c'est quelque chose de semblable : une idée est une fonction qui commence, une fonction est une idée de nos ancêtres qui a vieilli. Le même trouble peut s'appliquer aux deux phénomènes et le mutisme hystérique est une lacune dans la conscience personnelle déterminée par l'émancipation d'un système d'images exactement comme l'amnésie consécutive au développpement de l'idée fixe.

Les mêmes remarques peuvent s'appliquer à tous les accidents. Le vrai caractère de toutes les paralysies hystériques, c'est d'être accompagnées ou suivies de l'agitation indépendante de la même fonction ; c'est l'acte subconscient qui caractérise la paralysie hystérique, comme j'ai essayé de le montrer il y a déjà plus de vingt ans. Ce fait s'observe dans les paralysies systématiques portant sur de petites fonctions motrices dans lesquelles le système d'images qui s'émancipe est bien visible ; le même fait se retrouve encore dans ces grandes paralysies qui portent sur un côté du corps ou sur les deux jambes. Il y a encore là des fonctions psychologiques, la fonction des deux membres d'un même côté du corps, la fonction des deux membres d'un même segment qui ont une certaine unité et une certaine indépendance psychologique de même qu'elles ont une unité et un siège anatomique ; les fonctions très anciennes sont devenues des unités anatomiques, mais elles n'en sont pas moins restées des unités psychologiques et dans certains cas elles s'émancipent dans leur ensemble.

Mais ici nous rencontrons une grande difficulté, qui existait d'ailleurs dans les études précédentes, mais qui devient ici plus visible. Ces idées, ces fonctions qui se séparent ainsi de la conscience personnelle ou de la volonté, subsistent cependant cela est entendu mais est-ce qu'elles subsistent sans aucune altération ? Est-ce que les fonctions psychologiques en s'unissant les unes avec les autres n'acquièrent pas par leur union certains perfectionnements et peuvent elles se dissocier sans dommage? En un mot n'y a-t-il pas une dégradation en même temps qu'une dissociation des fonctions ? Sans doute on ne constate pas dans ces paralysies de grosses altérations des réflexes et il y a déjà vingt ans que j'ai répété qu'il n'y avait pas de clonus dans les paraplégies, pas de signe d'Argyll dans les troubles de la vision. J'ajouterai aujourd'hui qu'après l'avoir recherché je n'ai pas trouvé non plus le signe de l'extension des orteils dans les paralysies nettement hystériques. Cependant je

ne suis pas bien convaincu qu'une certaine exagération des réflexes rotuliens qui est si fréquente, que certaines dilatations des pupilles ne soient pas en rapport avec ce trouble de la fonction dissociée.Quoiqu'il en soit, c'est dans ce sens qu'il faut chercher pour expliquer deux phénomènes très bizarres; la contracture et le tremblement.Il y a dans la contracture quelque chose qui rappelle l'action et l'entêtement,je l'ai montré il y a bien longtemps en étudiant les contractures systématiques, mais je n'oserais pas conclure brutalement que la paralysie soit identique à l'immobilité volontaire et la contracture identique à la conservation volontaire de l'attitude. La disparition de la fatigue, la lenteur de la décontraction, la forme de la courbe de contraction dans ces membres disposés à la contracture me semblent montrer que la fonction du mouvement rétrograde en quelque sorte en même temps qu'elle s'estémancipée.

Certains troubles viscéraux sont indiscutables et ont exactement les mêmes caractères. La fonction de l'alimentation ,la fonction de la respiration ou certaines de leurs subdivisions peuvent présenter des exagérations automatiques et des dissociations analogues à celles des idées et du langage. Cela est possible, parce que ces fonctions sont en grande partie psychologiques et conscientes. Mais en est-il de même pour des fonctions plus profondes qui d'ordinaire ne dépendent pas de notre conscience, la digestion, la circulation du sang dans les vaisseaux.C'est le problème qui se pose à propos de la constipation, à propos des palpitations du cœur, à propos des troubles vaso-moteurs et en particulier des lésions cutanées comme du pemphigus.Vous savez que beaucoup d'auteurs refusent de considérer ces phénomènes comme hystériques et que d'autres leur accordent une grande importance. Je ne puis vous cacher mon hésitation : ces phénomènes existent chez beaucoup d'autres malades qui n'ont pas du tout l'état mental hystérique, je crois qu'ils peuvent se développer dans beaucoup de névroses et qu'ils ne deviennent hystériques que d'une manière indirecte, quand l'état mental qui les détermine est lui-même hystérique c'est-à-dire présente nettement les caractères de la dissociation précédente.Si nous sommes amenés à les rattacher nettement à l'hystérie dans certains cas,il faudra pour les comprendre faire intervenir la notion de la dégradation, de l'altération des fonctions dont nous venons de parler à propos des contractures.

On devrait faire porter la même analyse non plus sur les symptômes isolés,mais sur les états hystériques, sur les périodes de la vie pendant lesquelles se groupent un grand nombre des symptômes précédents,on verrait que ces symptômes proprement hystériques ne se développent pas chez n'importe quel individu à propos d'un phénomène banal ou même de ce qu'on veut appeler suggestion mais qu'il faut une modification générale de tout l'état nerveux

pour que de telles dissociations puissent se réaliser. On retrouvera de plus en plus les phénomènes que j'ai analysé à propos d'une autre maladie sous le nom de crises de psycholepsie,de diminution de la tension psychologique, d'abaissement du niveau mental. Ces phénomènes forment une préparation indispensable aux accidents hystériques. Inversement à la suite de changements organiques à la suite de traitements particuliers comme les pratiques aesthésiogéniques, à la suite de diverses excitations on constatera un relèvement général de toute l'activité mentale qui rend impossible l'apparition de phénomènes précédents.

Nous n'avons pas actuellement de conception anatomique ou physiologique de tous ces phénomènes:malheureusement il n'existe pas aujourd'hui de théorie anatomo-physiologique de l'hystérie de la maladie du doute ou du délire de persécution. Les théories qui s'affublent de ce nom ne sont que des traductions grossières des théories psychologiques en un langage vaguement anatomique. L'hystérie ne peut être définie que psychologiquement par comparaison avec les autres maladies de l'esprit. Les expressions de « maladie par représentation, par idée, par imagination » me semblent bien peu précises et pouvoir s'appliquer à toutes sortes de troubles mentaux.

Les définitions dans lesquelles on fait entrer le mot « suggestion » sont plus embarrassantes, car tout dépend du sens que l'on donne à ce mot « suggestion ». Si on l'entend d'une manière vague comme désignant une idée quelconque, entrant dans l'esprit d'une manière quelconque on retombe dans le défaut précédent, on répète simplement l'affirmation banale que l'hystérie est une maladie mentale et on ne la distingue d'aucune autre de ces maladies. Si on considère la suggestion comme une conséquence de ce développement indépendant, de cette dissociation des idées dans l'esprit de l'hystérique, si on la rattache au rétrécissement du champ de la conscience qui résulte de cette dissociation, on donne alors à cette définition un sens précis et intéressant. Elle devient alors assez vraie pour un certain nombre d'accidents ; elle n'est pas vraie d'une manière générale, parce que comme je viens de le faire remarquer, l'hystérique à l'idée fixe de certaines scénes de sa vie, mais n'a pas, l'idée de la manière dont ces scènes se reproduisent, des lois qui gouvernent ces divers accidents, de cette dissociation même descendant jusqu'à certain niveau et n'allant pas au-delà, de cette émancipation des systèmes psychologiques qui restent cependant relativement intacts, caractères qui sont l'essentiel de la maladie. Je crois qu'il est plus important de faire entrer dans la définition de l'hystérie ces caractères eux-mêmes qui résument plus de symptômes et qui comprennent l'explication de la suggestion elle-même.

En un mot l'hystérie me semble être une forme de la dépression mentale caractérisée par la tendance au rétrécissement du champ

de la conscience et à la dissociation des systèmes d'images et des fonctions qui par leur synthèse constituent la conscience personnelle.

Cette définition est évidemment provisoire et la seule conclusion utile que l'on puisse aujourd'hui tirer de ces discussions un peu prématurées sur la définition de l'hystérie, c'est la nécessité maintenant reconnue par les neurologistes comme par les psychiatres d'une étude psychologique approfondie. Les symptômes psychologiques doivent être analysés avec autant de soin et de précision que les symptômes physiologiques. Tous les observateurs sont aujourd'hui convaincus, qu'il faut distinguer avec précision des réflexes cutanés en tendineux, des réflexes inférieurs ou supérieurs, qu'il est puéril de confondre sous le même nom des amaigrissements et des atrophies, des tics et ses spasmes, des secousses émotives et du clonus ; il faut se décider comprendre qu'on ne doit pas davantage employer à tort et à travers les mots, démonstration, persuasion, suggestion, association, idée fixe, obsession, etc., qu'il faut distinguer dans les délires les idées fixes de telle ou telle espèce, les divers degré de la dissociation pschyologique. Cette précison du langage permettra seule de reconnaître nos erreurs inévitables, de comprendre mieux et de traiter mieux les malades et de faire faire à la psychiatrie des propres analogues à ceux qu'ont accomplis les études de neurologie.

La nature de l'Hystérie

Par le Docteur Paul JOIRE.

Pour bien comprendre les manifestations si nombreuses et si variées de l'hystérie, il faut se rendre compte exactement de ce qu'est cette maladie, et pour cela en donner une bonne définition, c'est-à-dire une définition claire et précise, qui puisse s'appliquer à toutes les formes que présente cette maladie.

Nous considérons ici l'hystérie comme un trouble dynamique du système nerveux. Et d'abord, il n'est pas du tout antiscientifique de supposer que l'organisme peut subir des modifications purement dynamiques. Nous avons trop l'habitude en médecine de nous laisser envahir par une anatomie pathologique qui veut toujours voir sous son microscope quelque lésion. On oublie trop qu'à côté de l'anatomie pathologique il y aussi la physiologie pathologique et même la psychologie pathologique. Mais s'il ne fallait admettre que ce que l'on voit sous le microscope, où serait l'hypnotisme et où serait la suggestion ? Du reste, les exemples ne sont pas rares de forces qui existent à l'état de fonction de la matière, sans la modifier quant à son aspect et à ses qualités physiques ou chimiques.

Nous définirons donc l'hystérie en disant que c'est une modification de l'équilibre normal du système nerveux, modification telle que l'activité ou le potentiel du système nerveux se trouve dimi-

nué sur certains points et augmenté sur d'autres, au détriment des premiers, sans qu'il y ait, en réalité, augmentation ni diminution absolue dans le total de l'activité nerveuse disponible. C'est cette proposition que nous allons démontrer. A l'état normal, le potentiel du système nerveux est réparti régulièrement en vue du fonctionnement normal. L'hystérie est un simple trouble de l'équilibre du système nerveux, cela ressort clairement des symptômes principaux que nous constatons ? Nous allons d'abord diviser en trois groupes toutes les manifestations de l'hystérie et nous verrons que l'on peut y classer tous les symptômes observés :

1° Groupe des anomalies de la sensibilité ; 2° Groupe des anomalies de la motricité ou de la force ; 3° Groupe des anomalies psychiques.

En résumé, quand il y a le phénomène douleur, ou toute autre exagération de la sensibilité, toujours vous trouverez une diminution de la sensibilité dans un autre point du corps, qui se manifestera sous une forme quelconque, de sorte que l'ensemble de la sensibilité se retrouve toujours ; ce qui est exagéré d'un côté est en diminution d'un autre côté ; il n'y a pas d'augmentation mais déplacement.

La diminution de la force portée à l'excès aboutira à l'impossibilité absolue de contracter les muscles ; d'abord sous l'influence de la volonté, puis même sous l'influence d'une excitation réflexe ; c'est la paralysie.

D'autre part, l'exagération de la force également portée à l'extrême sera une contraction musculaire permanente, et telle que la volonté même sera devenue incapable de la modifier ; elle prend alors le nom de contracture.

Il y a encore d'autres combinaisons plus complexes en apparence mais qui donnent toujours raison à la formule schématique que nous avons donnée à l'hystérie.

Il faut considérer que la sensibilité et la force ne sont que des modalités différentes de l'activité du système nerveux ; elles peuvent, par conséquent, se compenser l'une par l'autre, et nous pouvons trouver leurs troubles combinés ; ainsi, une contracture, augmentation de la force, peut avoir pour contre-partie une anesthésie, diminution de la sensibilité ; une douleur, exagération extrême de la sensibilité, peut avoir pour contre-partie, une paralysie, disparition complète de la force ; une parésie peut être mise en regard d'une hyperesthésie, etc.

Les crises ou convulsions hystériques peuvent être considérées comme des décharges périodiques de la force. Quand ces convulsions sont violentes et générales, on voit presque toujours qu'il leur succède une paralysie aussi momentanée de tous les muscles qui se manifeste par une période de dépression absolue, d'inertie, de

sommeil, et l'émission involontaire des urines montrent que les muscles de la vessie eux-mêmes participent à la paralysie.

Quand les crises sont moins violentes et se bornent à des tremblements, des accès de rire et de larmes ou toute autre manifestation, elles retrouvent toujours leur équilibre dans une anesthésie quelconque que l'on trouve soit dans les organes internes, soit dans la sensibilité cutanée du sujet.

Si nous considérons l'état psychique des hystériques, nous verrons également que l'état psychique peut être troublé par des variations d'exagération ou de diminution dans les fonctions telles qu'elles doivent se trouver proportionnées pour que l'individu soit normal.

Nous avons à l'état normal, comme régulateurs de l'état psychichique, deux grandes fonctions qui doivent être combinées l'une avec l'autre, et se trouver dans de bonnes conditions relatives l'une à l'autre pour que la fonction psychique soit normale.

La volonté et le raisonnement doivent dominer d'une façon habituelle, tandis que la sensibilité, qui s'éveille par l'impression ressentie, laisse les impulsions automatiques soumises d'une façon normale à la volonté.Or, nous devons constater que ces fonctions peuvent être troublées; nous pouvons voir des personnes dont les impulsions automatiques sont supérieures aux facultés psychiques volontaires, des personnes qui agissent sous l'influence de ces impulsions automatiques,sans les soumettre à l'influence modératrice de la volonté.

C'est ce qui se présente chez les hystériques.

On voit donc que, si l'on soumet l'hystérique à une exploration suffisamment complète de sa sensibilité et de sa force de motricité,on trouve toujours que le déplacement de l'équilibre de la force nerveuse, diminuée d'une part,augmentée de l'autre, trouve dans tous les cas,sa compensation dans un trouble opposé, ce qui donne raison à la définition que j'ai donnée de la maladie. Un nouveau moyen nous permet de plus de constater, d'une façon pour ainsi dire mathématique, ces déplacements de la force nerveuse, c'est l'exploration au moyen du sthénomètre.

Résumé.

Prof. G. Jelgersma, Leyde.

1. Il est recommandable de suivre la division des symptômes hystériques des auteurs français en stygmates et en accidents.

2. Les stigmates ne sont pas des symptômes déterminés psychologiquement, cela veut dire causés par des représentations,ils sont des événements mentaux isolés, déterminés par une disposition héréditaire défectueuse du système nerveux central. Ils sont comparables à des processus mentaux évoluant par le plus court

chemin, (Kurzschluss des auteurs allemands) et ne représentant que des processus mentaux trèssimples.

3. Les stigmates sont des symptômes fonctionnels d'anihilation dans ce sens, qu'ils n'y existent pas,ou très peu, de voies d'associations, qui unissent le stigmate avec les autres parties de l'esprit; ils sont par conséquent des symptômes d'annihilation qui ne sont pas localisables.

4. Dans la vie normale, les stigmates montrent des analogies nombreuses avec les processus mentaux simples.

5. L'hystérie avec stigmates nous montre une simplification très prononcée de la vie mentale.

6. Les accidents sont des stigmates dans lesquels l'intensité du processus mental est considérablement renforcé, beaucoup au-dessus de l'intensité moyennne.

7. L'intensité du processus psychique, cela veut dire son émotionalité, la complexité d'un processus psychique,c'est son intellectualité.

Guérit-on l'hystérie ?

D. Terrien, de Nantes,

Il ne suffit pas d'étudier la genèse de l'hystérie, la nature de l'hystérie, il importe beaucoup d'être fixé sur ce point : guérit-on l'hystérie ?

Je répondrai nettement : On guérit les accidents de l'hystérie, mais on ne guérit pas l'hystérie, pas plus que l'on guérira un arthritique de son arthritisme, un hérédo-syphilitique, de son hérédo-syphilis.

Par une médication appropriée, une hygiène sévère, un arthritique, un hérédo-syphilitique se mettra dans des conditions telles qu'il sera le plus souvent à l'abri des manifestations de l'arthritisme ou de l'hérédo-syphilis. De la même façon, par une excellente hygiène physique et morale,l'hystérique pourra ordinairement se soustraire aux accidents de la névrose, mais il n'en conserve pas moins en lui la graine hystérique, si je puis me servir de cette image. Je pourrais citer vingt, trente exemples à l'appui de cette thèse : des malades que j'avais guéris de leur paralysie,de leur contracture hystérique, qui jouissaient depuis lors d'une excellente santé et chez qui je pouvais pourtant reproduire par suggestion ces mêmes accidents d'autrefois. Or je prétends que si j'ai pu réussir ainsi,c'est parce que mes anciens malades étaient toujours en puissance d'hystérie, c'est parce qu'ils avaient l'hystérie latente. J'ai essayé, au contraire, de donner des paralysies, des contractures à des individus non hystériques, jamais je n'ai pu réussir et je ne crois pas qu'on puisse réussir. Je dis donc que l'hystérique l'est et le sera. On n'a guéri que ses accidents.

Hystérie et sommeil (Théorie physiologique de l'hystérie)

Par le Dr Paul SOLLIER.

En résumé, la théorie physiologique que j'ai proposée est la seule qui repose sur l'expérimentation en même temps que sur la clinique. Elle consiste essentiellement en ceci : l'hystérie est constituée par un état d'activité moindre — depuis la légère diminution jusqu'à l'inhibition complète— des centres fonctionnels de l'écorce cérébrale. L'hystérie n'est donc que l'exagération de ce qui se produit constamment à l'état normal, avec cette différence seulement que l'inertie ou l'inhibition peuvent se généraliser à toute l'écorce et persister indéfiniment. Qu'on appelle engourdissement, sommeil, inhibition, cet état de l'écorce, peu importe (1), l'essentiel est de le constater et cela pour deux raisons: la première c'est que cela permet de comprendre le double caractère physiologique et psychologique des troubles hystériques ; la seconde, c'est que cela nous fournit une thérapeutique pathogénique, laquelle sert en même temps de contrôle et de confirmation à la théorie physiologique. Quant à rapporter rigoureusement aux centres anatomiques du cerveau tels qu'on les délimite actuellement les troubles fonctionnels hystériques, j'abandonne d'autant plus volontiers cette question secondaire que je l'ai représentée avec beaucoup de réserve d'une part et que, d'autre part, toutes mes recherches de psychologie générale m'amènent à défendre de plus en plus une conception dynamique et non purement mécanique de l'activité cérébrale, dans laquelle l'autonomie étroite des centres corticaux telle qu'on la conçoit encore disparaît en grande partie.

The Clinical Significance of Allochiria

Ernest JONES, M. D.

La Genèse du Génie.

Par Mademoiselle LOUISE G. ROBINOVITCH, de New-York.

Dans une étude de 74 biographies de grands hommes, il n'y en a que 10 de premier-nés. Ces 74 biographies sont groupées en trois divisions. La première comprend 42 biographies de poètes, écrivains, historiens, politiciens, etc..., dont 6 seulement sont des pre-

(1) Je dois rappeler ici que le professeur Lépine, dès 1894 (*Rev. de Méd.*, p. 726) et en 1896 (*Rev. de Méd.*, p. 651) établissait l'analogie qui apparaît entre le sommeil et la paralysie hystérique, en les rapportant l'un et l'autre à une cause *mécanique*, à une *interruption* de l'influx nerveux au niveau des extrémités de deux neurones contigus. Cette *théorie mécanique* de l'hystérie, essentiellement physiologique, elle aussi, montre un des aspects sous lesquels on peut se placer pour édifier une théorie physiologique complète comme j'ai essayé de le faire.

mier-nés, (GIBBON, MILTON, ARAGO, HEINE, ADDISON, JOHN ADAMS). Dans la seconde division, comprenant 17 artistes-peintres, un seulement (LÉONARD DA VINCI) est un premier-né. Dans la troisième division, parmi 15 musiciens, deux seulement (BRAHMS et ANTOINE RUBINSTEIN) sont des premier-nés.

Les grands hommes sont rarement des produits de jeunes parents. La mère d'un grand homme est, dans la majorité des cas entre 25 et 35 ans, et le père entre 30 et 45 ans, que d'un âge moins avancé.

Quand les grands hommes sont des premier-nés, leurs parents sont, dans la majorité des cas, d'un âge mûr (le père de LÉONARD DA VINCI avait 25 ans quand le grand artiste est né ; on ne sait pas quel âge avait sa mère ; LÉONARD DA VINCI était un enfant naturel).

Dans mon étude de la Genèse du génie (The Genesis of Genius, *The Journal of Mental Pathology*, Vol. VII, N° 5), j'ai souligné le fait que les parents des grands hommes sont d'un âge mûr au moment de la conception de leurs enfants, qui deviennent célèbres ; c'est-à-dire, le potentiel cellulaire des parents est au maximum, tant au point de vue physique que mental, comme on peut le juger des faits présentés dans mon étude ; parmi 74 grands hommes ,46 étaient autres que premier-nés, contre 10 de premier-nés.

Quand les parents sont des alcooliques, la formule de généologie est renversée : les parents étaient des gens doués, leurs premier-nés seuls ont des chances d'être grands hommes. Ainsi le père de BEETHOVEN était un alcoolique ; le grand BEETHOVEN était le second enfant, et ses frères cadets étaient des imbéciles moraux dans le sens large du mot, et ses frère et sœurs nés plus tard encore — sont mort en bas âges (Auguste est mort à deux ans ; Anne, à 4 jours, Marie Margaretha à un an).

De faits pareils sont complètement d'accord avec les faits observés dans la clinique psychiatrique ; plus les parents s'alcoolisent, plus ils dégénèrent et plus leurs descendants sont des dégénérés.

Pression sanguine générale et cérébrale dans l'épilepsie électrique.

Par Mlle le Docteur LOUISE G. ROBINOVITCH, de New-York.

1° L'épilepsie électrique dont je parle ici est celle produite par un courant continu, ayant 110 interruptions par minute et à 1 /10 de période, comme cela est expliqué dans ma thèse de Paris, 1906, Sommeil électrique, Epilepsie électrique et Electrocution).

2° On produit l'épilepsie électrique en faisant passer à travers le corps de l'animal un courant de 55 volts (pour un lapin) ou de 110 volts (pour un chien) pendant quatre secondes.

3° La pression sanguine commence à augmenter au commencement de la phase clonique de l'attaque ; cette pression augmente

progressivement et aboutit à son maximum quand les convulsions cloniques sont à leur maximum d'intensité. Puis commence l'abaissement de la pression sanguine, qui descend à son niveau normal quand les convulsions cloniques cessent.

PRESSION SANGUINE CÉRÉBRALE. On expose le cerveau d'un chien par trépanation et l'on produit l'attaque épileptique par le courant Leduc, comme cela est expliqué dans ma thèse citée ci-dessus.

1° Au moment du passage du courant (pendant quatre secondes) le cerveau me paraissait pâlir (un des deux collègues qui assistaient à cette expérience ne trouvait pas cette pâleur assez définie pour se prononcer affirmativement là-dessus).

Après la rupture du circuit et pendant la phase clonique de l'attaque, la substance cérébrale devient de plus en plus rose, les vaisseaux cérébraux se dilatent sensiblement à mesure que les convulsions cloniques augmentent d'intensité et ces vaisseaux sont augmentés de deux ou trois fois leur volume normal au moment où les convulsions cloniques sont au maximum de leur intensité.

Comment se comporte la masse cérébrale pendant l'attaque d'épilepsie électrique ?. — 1° La masse cérébrale exposée par la trépanation commence à augmenter de volume aussitôt que commence la dilatation des vaisseaux cérébraux après la rupture du circuit. Et à mesure que les vaisseaux cérébraux se dilatent progressivement pendant que les convulsions d'abord toniques et puis cloniques se manifestent, la masse cérébrale augmente de volume de plus en plus jusqu'à ce qu'elle fasse hernie en dehors de la boîte cranienne ; le maximum de cette hernie correspond au maximum de l'intensité des convulsions cloniques.

2° La hernie cérébrale commence à diminuer de volume avec la diminution de l'intensité des convulsions cloniques, et la masse cérébrale rentre dans la boîte cranienne à sa place normale, quand les convulsions cloniques cessent.

3° Dans l'épilepsie électrique, la pression sanguine générale est présentée graphiquement dans ma thèse citée ci-dessus.

4° La pression sanguine cérébrale a été étudiée et publiée il y a trente ans, par mon excellent Maître, M. le Docteur V. MAGNAN (Leçons Cliniques sur les Maladies Mentales) ; ces expériences furent faites sur l'épilepsie absinthique chez le chien. Nos expériences sur l'épilepsie électrique chez le chien donnent les mêmes résultats.

Qu'il me soit permis d'exprimer ici ma reconnaissance bien sincère à M. le Professeur ROUXEAUX, de Nantes, qui a bien voulu m'aider dans ces expériences, et à M. le Docteur CHASTENET DE GÉRY, de Nantes, pour avoir trépané les animaux.

Experimental and histological examination of the cortex of the Lemur's brain and a comparison with that of the Primates in relation to the functional and structural evolution of the convolutional pattern'.

BY Dr F. MOTT, London.

On the Evolution of the Vertebrate Central nervous System.

Synopsis of lecture by W. H. GASKELL,

M. A., M. D., L. L. D., F. R. S.

Reflexstudien.

Vortrag von Herrn Dr Z. BYCHOWSKI.

Sur l'anatomie du faisceau longitudinal postérieur.

Par le Docteur S. J. DE LANGE.

M. le Dr A. Marie fait ensuite des communications dont voici les titres : Ophtalmo-réaction en psychiatrie ; — Atoxyl et paralysie générale ; — Anticorps et microbes dans la P. G. V ; — *Le régime international des aliénés.* — Vœu : « Il y a lieu de constituer une commission internationale à l'effet d'étudier les conditions d'assistance des étrangers aliénés dans les différents pays en vue d'améliorer et unifier ces conditions sur les bases de la réciprocité de garantie morale et matérielle d'internement ainsi que des droits à l'assistance et au rapatriement ». (Dr. A. MARIE et LADAME).

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

XX. — **Sur le syndrome vestibulaire** ; par M. RAYMOND. (*Académie de médecine,* 5 février 1907)

On sait que le nerf vestibulaire,l'une des branches de la VIIIe paire est le nerf du sens de l'orientation et aboutit aux canaux semi-circulaires, organe périphérique de ce sens.

On connaît également le syndrome de Ménière. Nous rappellerons seulement que ce syndrome comprend d'une facon accessoire outre les bruits, les vertiges, et les vomissements,qui en sont les symptômes cardinaux, des troubles de l'équilibre et du nystagmus. L'insuffisance vestibulaire dont parle le professeur Raymond peut être mise en évidence par un dispositif spécial dû à Mack de Wien. Normalement, lorsqu'un sujet est soumis à une rotation dans le plan horizontal,il a conscience de ce mouvement.Lorsque la ro-

tation s'arrête, il semble au sujet qu'il tourne en sens inverse, ces états anesthésiques sont en relation avec des variations de pression du liquide dans les canaux semi-circulaires,qui sont transmises au cervelet par les nerfs de la huitième paire.Ces troubles s'accompagnent, dans l'état normal, de nystagmus dit de rotation. Lorsque l'un des nerfs auditifs, par exemple le gauche, est complètement détruit, il en résulte de la surdité unilatérale et, si l'on soumet le patient à l'appareil de Mack,la sensation de rotation *dextrorsum* continuera à être perçue, mais à l'arrêt il ne semblera plus au malade qu'il tourne en sens inverse,le nystagmus lui-même sera supprimé. Le sujet étant mis à tourner *sinistrorsum*, il n'a plus conscience de ce mouvement giratoire, il aura des vertiges pendant la marche et à l'arrêt de l'appareil. La lésion bilatérale de la VIIIe paire explique comment il se fait que les sourds-muets, qui n'ont pas la notion du sens de l'espace se noient lorsqu'ils plongent. La lésion unilatérale du nerf vestibulaire se compense à la longue grâce aux centres musculaires d'Ewald ; on conçoit qu'il ne saurait en être de même si la lésion est bilatérale.

L. WAHL.

XXI. — **Sur un cas de maladie des plongeurs ; hématomyélie chez un scaphandrier pêcheur d'éponges** ; par MM. BONDET et PIÉRY. (*Bulletin de la Soc. méd. des Hôp., de Lyon.*) 30 juin 1905.

Il s'agit d'une observation d'hématomyélie par décompression brusque chez un scaphandrier pêcheur d'éponges. Le sujet qui fait l'objet de cette observation est un homme de 25 ans, éthylique,qui présenta brusquement des accidents après une plongée faite,revêtu d'un scaphandre,à 72 mètres de profondeur et où il était resté quatre à cinq minutes sous l'eau, durée normale à cette profondeur. Les accidents nerveux présentés par ce malade réalisent le type clinique de beaucoup le plus fréquemment observé, la forme spinale latérale de Catsaras.

L'explosion des accidents n'a eu lieu que quelques minutes après la décompression et l'enlèvement du casque. Ils ont consisté, au début, en bourdonnements d'oreilles, sensation de chaleur à l'abdomen avec nausées, étourdissements sans perte de connaissance; Puis paralysie progressive des quatre membres qui fut réalisée au bout de quatre heures une fois les symptômes de début éteints.

La paralysie des membres supérieurs ne persista pas et disparut au bout de quinze jours. Dès le début anesthésie complète au niveau des membres inférieurs. Rétention d'urine qui dura un mois et troubles trophiques au niveau des membres inférieurs.

A partir du quatrième mois à la période de paraplégie flaccide, succéda une période de paraplégie spasmodique que l'on constate actuellement. A signaler l'intensité de la contracture qui raidit les deux membres inférieurs en extension, avec une rigidité qui

résiste à toute épreuve. La station debout est possible, mais la marche est extrêmement difficile, démarche « en canard ». Exagération des réflexes rotuliens, trépidation épileptoïde, réflexe de Babinski.

Les phénomènes sensitifs concomitants sont très intenses. Anesthésie totale, absolue, sensibilités superficielles pour le tact, la température, la douleur et les courants électriques sont abolis ; la sensibilité profonde est aussi supprimée. Anesthésie osseuse et perte des attitudes segmentaires. En 1901, le malade eut déjà, à la suite d'une plongée à 40 mètres de profondeur, des accidents qui furent essentiellement fugaces.

Au point de vue des lésions anatomiques les auteurs pensent qu'il s'agit en l'espèce d'une lésion atteignant la presque totalité des systèmes médullaires, à l'exception des cornes antérieures. Quant au diagnostic *du siège* en hauteur des lésions on ne peut guère en fixer que la limite supérieure. Les limites supérieures de la zône d'anesthésie cutanée permet aux auteurs d'affirmer que les ésions médullaires ne dépassent pas en hauteur *le niveau* du deuxième *segment dorsal de la moelle.*

La nature de la lésion, d'après les rares autopsies faites dans ces cas, semble être des foyers d'hémorragie (hématomyélie) et de nécrobiose intra-médullaire. Les expériences faites par les auteurs (P. Bert, Blanchard et Reynard, Catsaras, J. Lépine) ont confirmé les constatations anatomo-cliniques.

La pathogénie de cette hématomyélie est fort bien connue à l'heure actuelle. Les accidents qui prédominent sur la moelle mais qui peuvent atteindre d'autres organes, sont dus à une décompression atmosphérique trop brusque. Sous l'influence de l'augmentation de la pression atmosphérique, les gaz du sang, oxygène, acide carbonique, azote, se dissolvent en quantité anormale, d'après la loi de Dalten ; survienne une décompression brusque, et le dégagement gazeux,au lieu de se faire progressivement, se fait en quantité anormale au point qu'il en résulte la formation de véritables embolies gazeuses dans les vaisseaux artériels. Ces embolies seraient constituées exclusivement par l'azote (P. Bert). Elles produisent au niveau des artères médullaires un arrêt de la circulation, une ischémie avec ramollissement puis un infarctus hémorrhagique. D'après J. Lépine, on peut invoquer un second mécanisme hémorrhagique, dégagement brusque du gaz au niveau des vaisseaux médullaires créant ainsi des ruptures vasculaires, d'où hématomyélie primitive.

Les conditions étiologiques sont à signaler comme classiques : degré de la compression, sa durée, rapidité de la compression, et profondeur de la plongée. Causes prédisposantes : excès alcooliques excès vénériens, refroidissement, affections pulmonaires, repas copieux avant l'immersion, fatigue. G. CARRIER.

XXII. — **Sur un cas de rhumatisme cérébral ; recherches bactériologiques ; ponction lombaire** ; par MM. Cade et Jambon (*Bulletin de la Soc. méd. des hôp. de Lyon.* 30 juin 1905.)

Rhumatisme cérébral chez un sujet de 33 ans, nerveux et surmené au décours d'un rhumatisme articulaire aigu, relativement bénin, très localisé, sans atteinte cardiaque. Le début fut marqué par un délire d'abord nocturne et léger, puis rapidement violent, ultérieurement coma. La fièvre ne fut jamais bien élevée, mais les températures des premiers jours n'ont pas été connues. Coïncidence avec les accidents cérébraux d'une éruption cutanée qui pour les auteurs doit être attribuée à la toxi-infection causale.

L'examen bactériologique du sang fut négatif. Pas de réaction leucocytaire dans le liquide céphalo-rachidien, mais hypertension de ce liquide qui s'écoule en jet. Le traitement, qui consista en l'association de la médication artirhumatismale par l'antipyrine, avec la médication calmante réalisée par la balnéation tiède, eut un résultat rapidement favorable. La ponction de Quincke semble aussi avoir eu une action sédative. Dans la discussion, M. Bondet insiste sur les succès très remarquables que donne l'antipyrine dans le traitement du rhumatisme. G. C.

XXIII. — **Atrophie musculaire progressive d'origine myélopathique** ; par MM. Leclerc et Roubier. (*Société de médecine de Lyon*, 25 février 1907. in *Lyon méd.*, 28 avril 1907.)

Il s'agit d'un homme exerçant la profession de comptable, ne présentant pas d'antécédents héréditaires. On note dans ses antécédents personnels une pneumonie à 19 ans, plusieurs blennorragies et la syphilis probable, mais non absolument certaine.

Le début de la maladie se fit au milieu de 1903 par des douleurs névralgiques dans le bras droit. Ce membre commenca à s'atrophier en juin 1905. Cette atrophie a débuté par le deltoïde. L'atrophie du membre supérieur gauche ne date que du milieu de 1906 et présenta la même évolution, de la racine du membre à l'extrémité.

Le membre inférieur gauche s'est un peu atrophié, depuis le mois d'octobre 1906, le droit ne présente aucune modification appréciable. En résumé : Atrophie musculaire progressive à peu près totale aux membres supérieurs, commencant actuellement a apparaître au membre inférieur gauche.

— Début par la racine du membre pour descendre jusqu'à son extrémité, avec contractions fibrillaires, réaction de dégénérescence. Presque pas de troubles sensitifs et absence absolue de tout phénomène bulbaire. Le diagnostic porté par M. Leclerc est celui d'atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne, à forme *scapulo-humérale*.

M. Leclerc, à propos du diagnostic avec les myopathies primi-

tives, insiste sur l'avenir de la myopathie primitive dont le chapitre, pense-t-il, n'est pas définitif. Il appartient peut-être à la myélopathie ou à la névrite.

Cette façon très sympathique de comprendre la pathogénie des myopathies dites primitives permettrait de la réunir aux atrophies musculaires secondaires à des lésions médullaires ou névritiques, de telle sorte que toute atrophie musculaire progressive serait au fond une maladie du neurone moteur périphérique avec des types cliniques différents. G. C.

XXIV. — **Coexistence d'un rétrécissement mitral et d'une hémorrhagie cérébrale** ; par MM. Bériel et P. Savy. (*Soc. des sc. méd.* 16 janvier 1907, in *Lyon méd.*, 31 mars 1907.

Observation : Hémiplégie gauche ; hémorrhagie cérébrale remontant à cinq jours chez une éthylique de 55 ans, avec gros foie cirrhotique sans splénomégalie et atteinte d'un rétrécissement mitral peu serré et ancien. Albuminurie.

Les cas de ce genre sont excessivement rares, car on ne rencontre généralement pas l'hémorrhagie cérébrale au cours du rétrécissement mitral. Dans ce cas le rétrécissement mitral semble être resté au second plan, tandis que se développait une néphrite chronique dont l'évolution aboutit à élever la tension artérielle et à faire d'un cardiopathe valvulaire, un brightique. Ainsi s'explique l'hémorrhagie cérébrale et la lésion mitrale y est tout à fait étrangère. G. C.

XXV. — **Tumeurs des méninges médullaires** ; par M. Chavigny. (*Lyon médical*, 30 décembre 1906.)

Deux observations de tumeurs des méninges médullaires dont le diagnostic n'a été fait qu'à l'autopsie. Dans la première observation il s'agit d'une tumeur siégeant au niveau de la 4e vertèbre dorsale. Elle était située à la partie antéro-latérale droite de la moelle et avait une forme allongée, mesurant 4 cent. de hauteur et 2 cent. de largeur. Elle est constituée microscopiquement par un endothéliome. Elle avait donné comme symptôme une paralysie soudaine des membres inférieurs avec abolition complète de la motricité et de la sensibilité, une paralysie des sphincters. Dans la deuxième observation il s'agit d'une tumeur qui occupait la partie antérieure et la partie latérale droite du bulbe et d'une portion de la moelle cervicale. Elle s'étendait sur une hauteur de 8 cent. 5 dont 2 cent. 5 accolés au bulbe et 6 le long de la moelle cervicale. Elle siégeait presque exclusivement sur le côté droit de la moelle dépassant à peine la ligne médiane. Dans le sens de la hauteur les extrémités supérieures et inférieures s'amincissent progressivement, tandis que la portion la plus épaisse située à la portion moyenne correspond aux racines de la 1re et de la 2e paire cervicale.

Au point de vue histologique, c'est un sarcome. Cliniquement, on avait observée une paralysie presque complète du bras droit avec diminution notable de la force du bras gauche. Oppression assez marquée avec sensation de compression de la cavité thoracique. La tête est déviée à gauche, les muscles du cou immobilisent la colonne cervicale, qui ne présente aucun point douloureux. La sensibilité du bras droit est exagérée, celle du bras gauche est presque abolie (syndrome de Brown-Séquard).

L'auteur met en relief les symptômes particuliers qui dans les cas de tumeurs des méninges médullaires doivent mettre sur la piste du diagnostic. Pour lui, le vrai caractère clinique, qui doit, d'après les observations publiées attirer l'attention, c'est la prédominance des symptômes moteurs sur les symptômes sensitifs, prédominance qu'on ne rencontre pas à un aussi haut degré dans les autres cas de méningo-myélites ou de myélites transverses.

G. C.

XXVI.— **Un cas de tumeur des méninges rachidiennes** ; par MM. Lannois et Durand. (*Lyon médical*, 30 décembre 1906, nº 52.)

L'observation publiée par les auteurs est intéressante à plus d'un titre, d'abord par la rareté des tumeurs de la moelle, puis par la marche de l'affection. Il s'agissait d'une femme de 51 ans dont le début de l'affection remontait à deux ans. La marche de l'affection semblait s'être faite par poussées successives embarrassantes pour le diagnostic. Après des douleurs vives de la région lombaire droite et des deux jambes, la malade fut confinée au lit. Elle put marcher à nouveau puis redevint impotente une seconde fois pour remarcher encore.

A son entrée à l'hôpital, elle présentait une paraplégie totale avec atrophie marquée des muscles de la jambe et de la cuisse. Les membres inférieurs étaient en flexion avec contracture que l'on arrivait à vaincre. Les réflexes rotuliens étaient très affaiblis. Mais il existait une trépidation épileptoide inépuisable de l'un et l'autre côté, le phénomène du genou était très accentué et le signe de Babinski se faisait en extension. Réflexe achilléen conservé.

La malade se plaignait toujours de douleurs vives. Sensibilité objective troublée, hyperesthésie plus marquée aux extrémités et remontant jusqu'un peu au-dessous de l'ombilic. Pas de dissociation thermique. Constipation accentuée. Pas de troubles vésicaux actuels. Rétention d'urine il y a un an. Intelligence intacte. Eschare assez étendue à gauche à la région sacrée. A droite, entre le coccyx et l'ischion, tuméfaction dure, percée de trois fistules donnant issue à du pus mal lié. L'examen sans anesthésie révéla une lésion osseuse inattendue, les trajets fistuleux conduisaient à une ouverture du sacrum assez large correspondant à la première vertèbre

sacrée et paraissant conduire dans le canal sacré. Autre ouverture sacrée que l'on constatait par le toucher rectal et par laquelle le pus avait fait irruption dans le tissu cellulaire rétro-rectal. Drainage de la cavité et des parties molles.

Malgré cette intervention, l'état général de la malade s'aggrava elle présentait les mêmes signes somatiques. Nouvelle intervention partant de la lésion reconnue et remontant le long du canal rachidien. Le canal sacré est ouvert largement, on n'y trouve ni séquestre, ni pus, ni fongosité, les nerfs de la queue de cheval paraissent normaux le cul-de-sac dorsal, exploré au doigt, est souple et paraît sain.

L'intervention ne produisit aucun changement du côté des membres inférieurs et la malade succomba après avoir décliné progressivement.

A l'autopsie, on trouva au niveau de l'union de la 10e et de la 11e dorsale une petite tumeur composée de deux parties. La première plus compacte, du volume d'une grosse bille, d'aspect blanc rosé à l'extérieure et sur la coupe, reposait sur la partie postérieure de la moelle qu'elle avait creusée d'une dépression appréciable et adhérait au côté droit de la dure-mère. La deuxième extérieure, à la dure-mère, mais à travers celle-ci, faisait corps avec la première ; était d'aspect plus spongieux et englobait quelques filets nerveux appartenant à la 11e paire dorsale. Dégénérescence ascendante au-dessus de la tumeur dans les faisceaux postérieurs et la moelle.

Au point de vue histologique, la tumeur présentait la structure du *fibro-sarcome*. Elle avait une membrane d'enveloppe ayant la structure d'une paroi fibreuse banale. La méninge était infiltrée ce qui indiquait une certaine malignité de la part de la tumeur. Les éléments cellulaires de la substance grise étaient tous en chromatolyse. Pour les fibres, les gaines myéliniques étaient à l'état vacuolaire et les cylindraxes irréguliers et déformés.

L'évolution surprenante de l'affection ne peut s'expliquer que par les accroissements successifs de la tumeur ; à chacun d'eux correspond une augmentation de la compression médullaire et une aggravation des symptômes.

XXVII. — **Epanchement sanguin sous dure-mérien par fracture du crâne** ; par M. Gabourd. *Bull. méd.*, n° 86, 1906.)

L'auteur est un chaud partisan du trépan préventif et il cite des exemples où cette intervention a été suivie de succès dans deux cas d'épanchement sanguin sous dure-mérien.

Si l'hémorrhagie continue malgré le trépan et le débridement, l'auteur conseille la ligature de la méningée moyenne, de la carotide interne, opérations relativement bénignes et en dernier lieu celle de la carotide primitive opération très grave. L. Wahl.

BIBLIOGRAPHIE

III. — *De l'absolue nécessité de l'assistance des enfants anormaux et de ses résultats au point de vue social*, par le D[r] Maurice Royer. In-8° de IV — 152 pages, avec 41 figures et un plan hors texte. Prix : 8 fr. Pour les abonnés du *Progrès Médical* et des *Archives de Neurologie*: 4 fr.

Nous croyons utile en guise de compte rendu de cette thèse, de reproduire la Préface que nous avons écrite à la demande de notre très dévoué collaborateur M. Royer.

Mon cher Royer.

Presque chaque jour et surtout le jour de la consultation, prenant en détail l'histoire des enfants de toute catégorie de la Fondation Vallée, admis ou en instance d'admission, entendant les réclamations et les plaintes des familles, vous avez constaté la nécessité impérieuse de leur hospitalisation.

Alors que tout devrait être fait pour faciliter les placements, mettre promptement fin à des situations douloureuses, dangereuses, vous avez enregistré les difficultés qu'éprouvaient les familles, souvent l'insuffisance des médecins peu au courant de la clinique de l'enfance anormale, ne connaissant pas ou ne connaissant que vaguement les établissements où on peut placer ces enfants, les formalités à remplir pour arriver vite au but. Vous avez constaté la même ignorance chez des employés d'assistance, la mauvaise volonté des bureaux de police où l'on considère la loi du 30 juin 1838 exclusivement comme une *loi de police*, tandis qu'elle est en outre et surtout une *loi de bienfaisance.*

Au lieu des portes largement ouvertes pour l'accueil de ces misères, vous avez vu les portes fermées. Votre esprit d'humanité, votre désir d'être utile, vous a fait accepter de suivre nos conseils, vérifier les dires des familles, les aider. Vous avez agi, vous êtes intervenu pour des parents, vous les avez accompagnés dans toutes leurs démarches, vous avez monté leur calvaire, vous avez vu souvent que ce qui pouvait paraître au premier abord de la mauvaise volonté, le dédain du pauvre, le mépris du malheureux, reconnaissait pour cause ou l'insouciance, ou l'ignorance, ou l'interprétation erronée d'instructions inspirées par des sentiments d'économie mal placés, par le désir d'assister le moins possible, parce que cela coûte et ne rapporte pas.

Les rédacteurs ou les inspirateurs de ces instructions oublient qu'il s'agit d'assistance, qu'il n'est pas d'habitude de considérer les établissements hospitaliers comme des moyens d'alimenter, d'enrichir les budgets, comme des moyens de rapports ; ils oublient que le devoir de la Société est de venir, d'accourir en aide à toutes

les misères sociales, quel que soit le sexe, l'âge, du nouveau-né au vieillard, et la nature de la misère (maladie aiguë ou chronique, infirmités physiques, intellectuelles et morales, absence de travail).

A en croire ces égoïstes, ces utilitaires, on ne s'occuperait que des malades atteints de maladies aiguës, et des blessés, on abandonnerait les chroniques. D'ailleurs, ils n'ont pas visé seulement les enfants idiots, ils ont proposé de se débarrasser des cancéreux, des phtisiques, des épileptiques, des vieillards. Hier encore, mettant en pratique cette théorie, un fils tuait par économie son vieux père envers lequel il avait pris l'engagement de servir une pension mensuelle de quelques francs. Les auteurs de ces propositions sont des inconscients ou des monstres.

Imbu des principes de la Révolution, que vous avez rappelés, qu'a souligné votre Président de thèse, notre ami le Professeur Brissaud, nous avons toujours demandé, dans les postes divers que nous avons remplis, qu'on s'occupât de *tous* les malheureux, qu'au lieu de dresser des obstacles au secours, on prît les mesures pour assister vite et bien qu'on réduisit les formalités, qu'on les fît connaître à tous les citoyens.

Témoin des résultats obtenus,grâce au dévouement de nos collaborateurs, des dégradations disparues, des utilisations conquises pour les enfants eux-mêmes (marche, habillement, toilette, ménage, etc.), et pour la Société (couture, lavage, repassage pour les filles, ateliers divers pour les garçons), instruction, éducation, moralisation, vous avez voulu les faire connaître.

Révolté par les critiques dont l'ignorance le dispute à la mauvaise foi et qui ont entre autres conséquences néfastes, — antihumaines — celles d'arrêter le mouvement favorable d'assistance et d'éducation que nous avions provoqué, de troubler l'esprit des médecins et des administrateurs en y semant le doute, vous avez entrepris la tache rude et ingrate d'arrêter ce mouvement de recul, cette défaveur, de ranimer le mouvement altruiste, d'exciter les bonnes volontés, en démontrant la nécessité de l'assistance, du traitement et de l'éducation des enfants idiots, le devoir social qui s'impose d'atténuer leur dégradation, humiliante pour tous, de les rendre utiles à eux et à la Société, en diminuant par leur travail, quelque minime qu'il soit, les dépenses qu'ils occasionnent.

Vous avez, les chiffres en main, mis hors de doute le prix de revient très modéré de la Section, et pour sa construction et pour son fonctionnement, et fait une comparaison démonstrative entre les services comparables de la Salpêtrière, de la Fondation Vallée et de la colonie de Vaucluse.

Vous avez étudié par le menu tous les procédés qui composent le *traitement médico-pédagogique*, parlé du traitement physique, du travail manuel, du traitement moral, en un mot vous avez suivi attentivement le *fonctionnement* des services que nous avons créés

à Bicêtre et à la Fondation Vallée, vous en avez tracé sommairement l'histoire, mettant ainsi en relief les efforts accomplis, les luttes soutenues.

Vous avez énuméré les différents modes d'assistance que nous n'avons cessé de préconiser et, à l'appui, vous avez largement mis à contribution les innombrables faits que nous avons accumulés.

Ces modes d'assistance, vous l'avez dit, forment deux groupes. Le principal comprend les *asiles-écoles*, les *classes* ou les *écoles spéciales* (classes de perfectionnement) ; le second comprend les *secours à domicile*, le passage dans les divisions d'un *hospice* comme infirmes physiques et les *colonies familiales*. Pour les deux, les *Sociétés de patronage* ou les *Sociétés protectrices de l'enfance anormale*. Pour les adultes la création d'un asile spéciale (idiots et épileptiques) avec des cours *primaires* et des *ateliers*.

Ce que deviennent nos malades, vous avez essayé de le faire connaître en vous servant des documents rassemblés par nous et par tout notre personnel et c'est là un des chapitres les plus curieux de votre thèse.

Aux yeux de toute personne équitable vous avez justifié notre œuvre. Personnellement nous sommes heureux des éloges que vous en faites et vous en remercions du fond du cœur. Toutefois nous serions injustes si nous n'en reportions point la plus grande part sur tous ceux de nos collaborateurs qui ont compris notre but, ont eu confiance et ont agi.

Quant à vous, mon cher ROYER, vous avez le droit d'être fier, car vous avez non seulement fait une œuvre *scientifique*, expression que nous avons le droit d'employer puisque vos examinateurs vous ont accordé la note *très bien*, mais encore une *bonne action*.

BOURNEVILLE.

IV. — *Rapport médical sur le service de la division des femmes de l'Asile de Clermont* (Oise), pour 1906 ; par M. le Dr BOITEUX, Médecin en chef.

Population au 1er janvier 1906, 819 femmes. Admissions pendant l'année 269, dont 8 alcooliques. Population totale traitée 1088. Décédées 148, dont 11 par tuberculose. Parmi les maladies intercurrentes, nous trouvons 18 cas de tuberculoses diverses. Parmi les sorties figurent 45 transferts. Ces transferts dans d'autres asiles comprennent 35 *malades de la Seine* qui, en mai et juin, ont été évacuées sur l'asile d'Albi. Cette mesure de désencombrement, bien que limitée, a été un réel bienfait pour les malades restantes. Elle est survenue à un moment où le manque de places et même des moyens de couchage se faisait sentir d'une façon inquiétante. M. Boiteux termine son rapport par quelques considérations générales ; nous relevons les suivantes:

« La nécessité d'améliorer la situation du personnel des infir-

mières, et du personnel des surveillantes et des sous-surveillantes dont le recrutement devient de plus en plus difficile.

« La transformation du système des vidanges qui existe encore dans la plupart de nos quartiers (moins deux), et qui n'est pas conforme à l'hygiène. La suppression progressive des paillasses en varech, à remplacer par des sommiers métalliques. »

« Nos quartiers d'enfants, nous a écrit le Dr Boiteux, nous donnent toujours satisfaction. L'année 1905, surtout, a été favorable au point de vue des sorties et nous avons pu rendre à la vie ordinaire d'assez nombreuses jeunes filles qui se sont bien débrouillées. L'année 1906 a donné moins de sorties, mais un bien-être général à nos enfants. Nous vous en sommes tous bien reconnaissants. »

V. — *Rapport médical sur le service de la division des hommes de l'asile de Clermont-de-l'Oise*, par le Dr Thivet, médecin en chef. — Clermont, imprimerie Daix frères et Thiron.

Aliénés présents le 1er janvier 1906, 894 ; entrés, 278 ; sortis, 166 ; décès, 123 ; aliénés présents le 31 décembre 1906, 880 : De 1897 à 1906, les admissions ont monté de 242 à 278. Signalons 31 admissions pour alcoolisme, 7 pour idiotie, 15 pour épilepsie et 10 pour imbécillité. — Sorties par guérison 69 ; 41 par amélioration.

« Plusieurs fois nous avons proposé des sorties d'essai (congé d'un mois) et tous les malades qui en ont bénéficié ont pu achever de se rétablir dans leur famille ».

« Tandis que la moyenne des admissions, de 1897 à 1906 a été de 253, la moyenne des sorties durant la même période n'a été que de 113 ; celle des décès a été de 133. En 1906, sur 123 décès il y en a eu 7 par tuberculose.

« Le nombre des maladies intercurrentes tant médicales que chirurgicales a été assez élevé bien qu'aucune épidémie n'ait sévi sur notre population. Deux cas de fièvre typhoïde, dont un mortel, ont été observés sans que nous puissions isoler les malades, qui ont été traités dans la salle commune d'infirmerie. Il en fut de même pour 4 cas d'érysipèle et chaque fois nous avons regretté amèrement l'absence d'un local approprié nous permettant de les soustraire au contact des autres malades.

« Notons enfin l'apparition du scorbut qui, comme on le sait, se manifeste surtout chez les individus vivant dans des conditions hygiéniques défectueuses ».

Au sujet des modifications qu'il convient d'introduire dans la division des hommes de l'asile de Clermont, M. Thivet s'exprime ainsi :

« J'estime qu'il est de mon devoir d'insister sur les conditions défectueuses de certaines parties du service telles que : 1° l'infir-

merie, privée de salle d'isolement, de salle d'opération, de water-closet, de lavabos, en un mot de tout ce qui est indispensable à son bon fonctionnement.

2° L'encombrement de certains quartiers, de certains dortoirs surtout, où les malades ont à peine le tiers du cubage d'air réglementaire.

3° Les dangers permanents d'infection résultant du système de vidange pratiqué journellement au moyen de tinettes mobiles qui circulent dans toutes les parties de l'établissement.

« Il conviendrait de remédier dans le plus bref délai à chacun de ces desiderata, dont la simple énumération suffit à montrer pourquoi l'observation des prescriptions hygiéniques les plus élémentaires est impossible alors qu'elle devrait être plus rigoureuse que partout ailleurs au sein d'une population aussi dense que celle de l'asile. » — Nous ne saurions trop approuver les réclamations de M. le Dr Thivet. Nul doute que l'inspection générale ne l'aide à obtenir pleine satisfaction. Il y va de l'intérêt des malades et de l'hygiène publique. B.

LEGISLATION

L'éducation des pupilles difficiles ou vicieux de l'Assistance Publique

Application de la loi du 28 juin 1904.

Avant 1880 les services d'assistance ne comprenaient guère que des enfants trouvés, des orphelins, des enfants abandonnés par leurs parents. Les vicieux et les difficiles étaient rares et constituaient des exceptions. Pour ces quelques cas isolés, le court séjour dans une colonie comme Mettray suffisait pour remettre les mauvaises têtes dans le bon chemin.

La création des services d'enfants moralement abandonnés et la promulgation de la loi du 24 juillet 1889 ont fait changer complètement la situation ; des enfants, victimes de parents indignes, ayant vécu dans un milieu déplorable, victimes de mauvais exemples répétés, étaient soustraits à l'autorité de leurs parents sans autre limite d'âge que leur majorité. Ils apportaient un fort contingent d'éléments plus que douteux. Ce contingent devint énorme avec la loi du 19 avril 1898. Elle autorisait les tribunaux à confier à l'Assistance publique des mineurs auteurs de crimes ou de délits. Aussitôt l'Assistance se vit encombrée, peut-être par une indulgence trop grande des juges, d'une foule de vicieux et de difficiles.

C'est pour fournir à l'Administration des moyens de correc-

tion qu'a été édictée la loi du 28 juin 1904. Aux termes de l'article premier : «Les pupilles de l'Assistance publique, qui à raison de leur indiscipline ou de leurs défauts de caractère, ne peuvent pas être confiés à des familles, sont placés, par décision du préfet, sur le rapport de l'inspecteur départemental, dans une école professionnelle.»

Les écoles professionnelles peuvent être des établissements départementaux ou des établissements privés agréés par le ministre de l'Intérieur.

Les enfants vicieux sont visés par l'article 2 : « Lorsqu'un pupille de l'Assistance, par des actes d'immoralité, de violence et de cruauté, donne des sujets de mécontentement très graves, le tribunal civil peut, sur le rapport de l'inspecteur des enfants assistés, et, sur la demande du préfet, dans les départements, ou du directeur de l'Assistance publique de Paris, dans la Seine, décider sans frais qu'il sera confié à l'Administration pénitentiaire».

Enfin, la loi indique que dans un délai de 3 ans (art. 3) chaque département devra posséder un établissement pour ses pupilles difficiles, soit à lui seul, soit en commun avec un ou plusieurs départements, ou à défaut avoir passé un traité avec un établissement départemental ou un établissement privé, pour le placement des pupilles. L'Etat assure son concours jusqu'à concurrence de la moitié des frais occasionnés par la construction des écoles professionnelles. (art. 4).

C'est pour satisfaire au règlement d'administration publique qui devait déterminer certains points restés un peu vagues (éducation et patronage des pupilles difficiles et vicieux) que le président du conseil a rendu l'arrêté suivant le 11 mai 1907.

Le conseil supérieur de l'assistance publique, dans sa session de mars 1906, a pris en considération un vœu tendant à ce qu'une commission d'études, composée notamment du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, et du directeur de l'administration pénitentiaire, de médecins spécialistes, de pédagogues ayant déjà élevé des dégénérés, de directeurs de colonies pénitentiaires, de directeurs de maison de préservation ou de réformes organisées et soutenues par l'initiative privée, soit nommée pour établir le programme d'éducation et d'enseignement médico-pédagogique. Le Conseil d'Etat auquel a été soumis le projet de décret portant règlement d'administration publique en ce qui concerne l'application de la loi du 28 juin 1904 sur l'éducation des pupilles difficiles ou vicieux, demande, avant de donner son avis, que les résultats des délibérations de la commission d'études lui soient communiqués. Il y aurait donc intérêt à désigner sans tarder les membres de cette commission.

Le président du conseil, ministre de l'intérieur, sur la pro-

position du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, vu les délibérations du conseil supérieur de l'Assistance publique en date des 28, 29 et 30 mars 1906, arrête : Art. 1er. — Il est institué au ministère de l'intérieur une commission chargée d'établir le programme d'éducation et d'enseignement médico-pédagogique des pupilles difficiles de l'assistance publique et d'examiner les différentes questions qui pourront lui être renvoyées.

Art. 2. — Cette commission est composée de :

Président. M. Coulon, vice-président du conseil d'Etat. *Membres.* MM. Albanel, juge d'instruction près le tribunal de première instance de la Seine. Le docteur Bourneville, membre du Conseil supérieur de l'assistance publique. Brun, ancien directeur de la colonie des Douaires. Le docteur de Fleury (Maurice). Granier, inspecteur général des services administratifs. Grimanelli, directeur de l'administration pénitentiaire. Le docteur Janet, professeur au Collège de France, directeur du laboratoire de psychologie à la Salpêtrière. Mirman, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques. Ogier, conseiller d'Etat, directeur du contrôle et de la comptabilité. Le docteur Paul-Boncour (Georges). Le docteur Philippe, chef des travaux au laboratoire de psychologie de la Sorbonne. Le Prof. Raymond, professeur à la faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine. Rollet, président de la société de patronage de l'enfance et de l'adolescence. Le docteur Roubinovitch, médecin de la Salpêtrière. Le docteur Thulié, vice-président du conseil supérieur de l'assistance publique. Voisin, conseiller à la cour de cassation. — *Secrétaire* : M. Turquan, chef du bureau des services de l'enfance. — *Secrétaires-adjoints* : MM. Alcindor, rédacteur au bureau des services de l'enfance. Imbert, rédacteur au ministère de l'intérieur. Art. 3 — Le directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Cette première tentative pour l'application de la loi de 1904 arrive tardivement, mais en matière d'éducation des anormaux, une grande, très grande patience est de rigueur. Aussi considérons-nous comme un succès cette première manifestation et faisons-nous des vœux pour qu'elle ne reste pas la première et l'unique.

Il ne semble pas en effet que la promulgation de la loi ait réussi à amener la création de nouveaux établissements destinés à l'éducation et à la réforme des vicieux et des difficiles. La fin du délai accordé aux départements est proche, peu de constructions sont en train, et sauf quelques trop rares personnes, nul ne s'est préoccupé du travail considérable que nécessite l'application de la loi du 28 juin 1904. B. P.

Surveillance à exercer sur les comptables des asiles d'aliénés.

Paris, le 30 mars 1907.

Le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur, à Messieurs les Préfets.

Des faits récents et des observations formulées, à plusieurs reprises, par mon Collègue, M. le ministre des Finances, ont dénoté une certaine négligence de la part des Directeurs des asiles publics d'aliénés dans l'exercice de leur droit de contrôle sur la gestion des comptables de ces établissements. Cette négligence trouverait sa raison dans une fausse interprétation de l'Instruction Générale du 20 juin 1859, d'après laquelle la surveillance et la vérification de la comptabilité des receveurs spéciaux incomberaient exclusivement aux Receveurs des Finances.

Il y a là, sans nul doute, une interprétation inexacte. car l'Instruction Générale n'a pas voulu porter atteinte au droit de contrôle des Directeurs, nettement déterminé par des lois, ordonnances et décrets, mais au contraire le confirmer et en assurer à l'aide de garanties nouvelles la parfaite exécution.

L'article 1320 de ce code de la comptabilité administrative stipule, en effet, qu'en appelant les Receveurs des Finances à surveiller la gestion des receveurs spéciaux des établissements publics, la loi a en vue d'offrir aux autorités compétentes un concours permanent pour faciliter la marche du service par d'utiles directions. D'où il résulte que l'obligation imposée aux Directeurs d'asiles par l'article 6 de l'ordonnance du 18 décembre 1839 demeure entière. «Le Directeur est chargé de l'Administration intérieure de l'établissement et de la gestion de ses biens et revenus».

Le décret du 31 Mai 1862, postérieur à l'Instruction Générale, a réproduit, en son article 573, cette disposition que l'article 572 spécifie du reste, d'une façon spéciale, en déclarant, le Directeur responsable.

Le mot de contrôle n'a pas été prononcé en fait, pas plus que n'a été fixée la nature des rapports de ce fonctionnaire avec les comptables. Mais les termes employés ne laissent subsister aucun doute, la surveillance de toutes les parties de l'asile d'une part, et de l'autre la gestion des biens et revenus ne pouvant être exercés par le Directeur d'une manière efficace et sous le couvert de sa propre responsabilité, en dehors d'un contrôle réel et continu à l'égard des agents des différents services, et de ceux en particulier dont la charge est essentiellement d'accomplir les actes de gestion ou d'effectuer les opérations de recettes et de dépenses qui en résultent.

Cela n'est pas douteux en ce qui concerne les receveurs spéciaux dont le Directeur est tenu de certifier les comptes ; une pa-

reille mission implique nécessairement un droit de vérification et de contrôle. « Il est prescrit expressément aux Directeurs, dit l'article 15 de l'arrêté ministériel du 20 mars 1857, de procéder à la vérification de la caisse, à l'époque de la clôture de la gestion et de l'exercice, ainsi qu'à des époques indéterminées ».

Il convient d'ajouter que le Directeur de l'asile n'est pas seul assujetti à des obligations de ce genre ; quoiqu'à un degré moindre, les membres de la commission ont aussi un rôle de surveillance à remplir, rôle également méconnu et pourtant défini par l'article 572 de l'Instruction générale : « Les établissements publics consacrés aux aliénés sont administrés sous l'autorité du Ministre et des préfets. et sous la surveillance de commissions gratuites, par un Directeur responsable ». C'est à peu de chose près la répétition de l'article 4 de l'ordonnance de 1839, où figurent, en détail, les attributions de ces assemblées : « Elles sont chargées de la surveillance générale, de toutes les parties du service des établissements ; elles sont appelées à donner leur avis sur les actes relatifs à l'administration, tels que le mode de gestion des biens.... » Les commissions outrepasseraient certainement leurs droits, en se livrant à des vérifications de caisse et à des examens d'écritures dans les mêmes conditions que le Directeur et le Receveur des Finances ; mais elles ont le devoir de se faire présenter par le Receveur et de consulter toutes les pièces de comptabilité, au moment de la préparation des différents budgets de l'établissement. Leurs fonctions consistent moins à contrôler chacun des services, en particulier qu'à émettre ses avis sur les différents points énumérés à l'article 4 de l'ordonnance précitée.

Les membres des Commissions ont la surveillance générale sur tout l'établissement, et cette surveillance s'exerce notamment sur l'administration du Directeur, en ce qui concerne l'asile. Ces opérations semblent comporter par elles-mêmes un droit sur la gestion des comptables. Ce droit n'est pas douteux et de là résulte le devoir de s'assurer que le Directeur s'acquitte consciencieusement de ses attributions de vérificateur.

Vous voudrez bien, vous inspirant de ces considérations, rappeler aux intéressés, par des instructions très précises, à quelles obligations ils sont astreints par leurs fonctions de commissaires et de Directeurs. Vous indiquerez à ces derniers, en particulier, dans quelles conditions peut et doit d'exercer leur droit de surveillance et de contrôle, en les prévenant que toute négligence sur ce point serait de nature à engager gravement leur responsabilité. Il y aura lieu également d'examiner l'opportunité de condenser ces indications en quelques articles clairs et précis à insérer dans le règlement intérieur de l'Asile et dont vous soumettriez le texte à mon approbation.

Je vous prie de m'accuser réception de cette circulaire, en me

faisant connaître quelles mesures vous aurez adoptées en vue de son application.—Le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur. — Pour le Ministre, le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques. MIRMAN.

Revision de la loi de 1838 au Sénat.

La Commission du Sénat, chargée d'examiner la proposition de loi votée par la Chambre et relative aux modifications à apporter à la loi de 1838 sur le régime des aliénés, poursuit activement ses travaux sous la présidence de M. Rolland. Dans le texte voté par la Chambre des députés, une disposition avait été introduite qui avait fait naître les plus vives appréhensions dans l'esprit des médecins actuels des asiles et surtout des docteurs se préparant au concours d'adjuvat ; elle édictait que ces médecins pourraient habiter extérieurement et se consacrer librement à l'exercice de la médecine en dehors des asiles par assimilation aux médecins des hôpitaux. Après avoir recueilli de nombreux et concordants témoignages, et conformément à l'avis du ministre de l'Intérieur, considérant qu'il y avait intérêt à ce que les futurs candidats au concours d'adjuvat connussent sur ce point son avis qui sera, sans aucun doute, l'avis du Sénat lui-même, la Commission a décidé de se prononcer dès maintenant sur la disposition sus-visée ; à l'unanimité, elle a résolu d'effacer de la proposition de loi la disposition relative au libre exercice de la médecine et de faire de la résidence du médecin dans l'asile le régime normal auquel il ne pourrait être dérogé qu'exceptionnellement et sous des garanties spéciales.

Parmi les dérogations exceptionnelles devraient figurer à notre avis les rapports médico-légaux, les consultations spéciales. Quant aux garanties spéciales, nous n'en voyons guère d'autres que celles d'accomplir consciencieusement ses obligations envers les malades, de leur assurer tous les soins nécessaires pour enregistrer une proportion de plus en plus grande de guérisons et d'améliorations. Quant à l'Administration, elle a le devoir de se montrer d'une justice complète envers le personnel médical, de ne prendre envers lui aucune mesure qui ne soit tout à fait justifiée ; de se montrer généreuse en récompense des services rendus pendant de longues années, des dangers auxquels expose cette profession spéciale, de placer les médecins dans de bonnes conditions matérielles ; de leur assurer des retraites convenables, uniformes pour tous les asiles.

La nouvelle loi relative aux aliénés; par M. Granjux. (*Bull. méd.*, 1907, n° 8.) (Analyse et commentaires sur le travail de Régis publié dans l'*Informateur*).

Outre les objections que présente le savant professeur de Bordeaux, Granjux fait remarquer qu'il y aurait là pour les praticiens de nouveaux concurrents officiels qui seraient mieux placés que quiconque pour obtenir « des fixes ». Est-ce bien sûr ? L'auteur proteste contre la disposition légale qui soumet à l'autorisation administrative l'établissement des maisons de santé particulières.
L. Wahl.

Le nouveau projet de loi sur les aliénés et le principe du médecin défenseur des intérêts de son client; par M. Paul Gallois. (*Bull. méd*, n° 8, 1907.)

L'internement, dit l'auteur, provoque souvent le «roman chez la portière ». D'autres fois des aliénés criminels sont condamnés, comme Vacher, malgré les médecins experts. On se préoccupe trop dans ces sortes d'affaires,d'après Gallois, du côté juridique et pas assez du côté médical,c'est pourquoi il demande qu'avant l'internement il y ait une consultation entre un médecin désigné par la famille et un médecin désigné par le malade. Après l'internement le malade aurait le droit de soumettre son cas à un praticien appelé et payé par lui. Que cela est beau en théorie, mais en pratique?
L. Wahl.

VARIA

Drame de la folie.

Il y a quelques semaines,à Crouy, près de Soissons, une femme Lefour, condamnée à quarante jours de prison, se rendait à Laon pour purger sa peine. Son mari étant parti en « bombe », elle dut laisser le soin de ses deux enfants, Marius, âgé de neuf ans, et René, âgé de sept ans, à sa sœur, Juliette Tirfoin, âgée de quarante-trois ans, qui était sortie il y a quelques jours de l'asile d'aliénés de Montreuil. Elle paraissait guérie et l'administration de l'hospice lui avait délivré un congé régulier.

Un des fils Lefour, âgé de quinze ans, employé dans une verrerie à Vauxrot, vint réclamer de l'argent à sa tante, menaçant de tout briser s'il n'obtenait pas satisfaction.

La malheureuse eut une telle frayeur que son cerveau se dérangea à nouveau et qu'une nouvelle crise de folie la reprit. Elle conçut le projet de tuer ses petits-neveux.

Hier matin, elle les saisit et les frappa à coups redoublés avec

une hachette. Mais la vue du sang lui fit reprendre raison ; elle se mit alors à panser les pauvres petits en versant des torrents de larmes. Mais la crise reparut et elle les frappa encore. Les coups meurtriers et les soins se succédèrent et alternèrent durant toute la journée.

Enfin, dans un instant de lucidité elle s'arracha à ses victimes, et courut à la gendarmerie, suppliant qu'on l'arrêtât. On la garda. Un gendarme cycliste se rendit à Crouy, où personne n'avait rien appris, n'avait rien remarqué. Pénétrant alors dans l'habitation, le gendarme trouva les victimes de la démente. L'un d'eux était dans son lit, agonisant. On le fit conduire aussitôt à l'Hôtel-Dieu. L'autre fut envoyé à l'hospice.

La malheureuse folle avait été internée à Prémontré pendant douze ans, et c'est depuis le 12 août dernier seulement qu'elle était sortie de l'asile.

Statistique au 1er janvier 1907 de la population aliénée et du personnel médical en France

Nombre des asiles 117. — Les asiles publics renferment 4.792 malades; — Les quartiers d'hospices 7.546 ; — Les asiles privés faisant fonctions d'asiles publics 14.707 ; — Les maisons de santé particulières 1.368. — Le nombre total des aliénés à la date indiquée est de 71.547. — Placements d'office 56.285 ; — Placements volontaires 15.261. — Le nombre des médecins 236 ; — Le nombre des internes en médecine 145.

Concours de l'internat des asiles d'aliénés de la Seine.

Le nombre des candidats n'a pas été aussi considérable qu'on l'avait espéré lorsqu'on a déplacé la date du concours, en la reportant du 1er décembre au mois d'avril, c'est-à-dire après la fin du concours de l'internat des hôpitaux. En faisant cette modification, on pensait attirer au concours de l'internat des asiles des candidats ayant échoué à l'internat des hôpitaux. Quelques-uns attribuent cette pénurie de candidats à ce qu'on exige d'eux seize inscriptions. Personnellement nous avons combattu cette condition et demandé qu'on exigeât moins d'inscriptions. Les obligations du stage à faire dans les hôpitaux a décidé la majorité de la Commission à adopter le chiffre de seize inscriptions, nous pensons qu'on pourrait faire comme dans les hôpitaux, c'est-à-dire n'exiger que douze inscriptions.

Le troisième congrès international pour l'assistance des aliénés aura lieu à Vienne, le 7,-11 octobre 1908, sous la présidence de M. le Professeur Obersteiner, conseiller aulique.

Les déclarations d'adhésions, des rapports et des démonstrations doivent être adressées jusqu'au premier juillet 1908 au

secrétaire général docent Dr Alexandre Pilcz, Wien, IX., Lazarettgasse 14, qui donnera tous les renseignements voulus. Les détails du programme seront publiés plus tard. » Président, professeur Dr Obersteiner, conseiller aulique ; secrétaire général : Docent Dr Alexandre Pilcz.

Comité constitué sous le haut patronage de M. le Président de la République et de M. le Ministre de l'Instruction publique pour élever un monument au professeur Brouardel.

Le Président, les Vice-Présidents et les Membres du comité constitué pour perpétuer la mémoire du Professeur Brouardel par l'érection d'un monument à Paris viennent vous demander votre concours. P. Brouardel a consacré sa vie à la science, à son pays, à l'humanité ; il a été le type accompli du grand savant et de l'homme de bien : son nom mérite d'être conservé. Nous osons espérer que vous voudrez bien collaborer à notre œuvre. M. Puech, Membre de l'Institut, a bien voulu se charger de l'exécution du monument. Les souscriptions sont reçues dès maintenant par MM. J.-B. Baillière et Fils, libraires-éditeurs à Paris, 19, rue Hautefeuille. *Le Président* : E. Loubet.

La Danse de Saint-Guy a Cassel.

La ville de Cassel et ses environs sont, depuis quelques jours, le théâtre de bizarres manifestations qui paraissent avoir leur origine dans une exaltation religieuse. Elles ont commencé dans le local de la Croix-Bleue. Le scandale a été tel que les autorités sont intervenues. C'est une véritable épidémie d'exaltation fanatique.

Les adeptes se rassemblent pour écouter des sermons, confessent leurs péchés à haute voix et chantent des cantiques... Cela continue dans un bruit assourdissant. Et quand un assistant tombe en extase, s'étend sur le plancher, le corps agité de tremblements convulsifs, les autres se réjouissent, car ils voient la manifestation de l'esprit divin. Bientôt la frénésie gagne toute l'assemblée. Hommes et femmes se jettent sur le sol en battant des mains et en poussant des clameurs. L'« esprit » opère. Puis ce sont des conversions subites. Un homme se redresse, enlève son col et ses manchettes et les dépose sur l'estrade, en signe de renonciation. Les femmes enlèvent leurs chapeaux pour donner libre cours à leur agitation. Les convertis se prennent aux épaules et dansent en rond jusqu'à épuisement complet. A la suite de ces incidents, la police de Cassel a fermé le local de la Croix-Bleue. Ces scènes carnavalesques ont lieu maintenant dans

les villages voisins. Ce sont, paraît-il deux Suédoises qui ont importé ces étranges pratiques à Cassel et qui président ces séances, qui rappellent la danse de Saint-Guy du Moyen-âge. (*Petit Parisien*, 16 août.)

LA FOLIE EN ANGLETERRE

Le livre bleu que l'on vient de publier à Londres donne d'intéressants renseignements sur les progrès incessants que fait la folie en Grande-Bretagne.

Au 1er janvier 1907, il y avait 123.988 aliénés en Angleterre, 2.009, de plus qu'au 1er janvier 1906. Le chiffre avait déjà augmenté de 2.150 en 1905, 2.630 en 1904, 3.235 en 1903.

En 1859, il n'y avait en Angleterre que 36.762 fous; l'accroissement de leur nombre ayant été, depuis cette époque, de 237.2 % tandis que, durant la même période, la population ne s'augmentait que de 77.5. %.

On voit que, depuis un demi-siècle, les asiles d'aliénés voient leur population croître trois fois plus vite que celle de l'ensemble du pays : c'est une proportion inquiétante. (*Le Petit Var* 15 octobre 1907.)

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Le crime d'un fou. — Mende : Un nommé Albert Paris, cultivateur, demeurant à Saint-Frézal-de Ventalon, donnait depuis quelque temps des signes non équivoques de dérangement cérébral. Aussi sa famille avait-elle jugé prudent de l'enfermer dans une pièce dont les fenêtres étaient munies d'épais barreaux de fer.

Hier, le dément réussit à tromper la surveillance dont il était l'objet et se sauva à travers champs. Un de ses frères se mit à sa poursuite ; il allait le saisir, lorsque le fuyard s'arma d'une pelle et asséna sur la tête de son frère un coup si violent que ce dernier roula par terre le crâne ouvert. Le malheureux mourut quelques minutes après, sans avoir repris connaissance. (*L'Aurore* du 27 juin)

IL L'AIMAIT TROP. — *Saint-Etienne.* — Mme Lachize, modiste, âgée de quarante-cinq ans, était dans un état de santé mentale que son internement dans une maison de santé par mesure administrative était devenu inévitable. — Je n'accepterai pas qu'on l'emprisonne de la sorte, avait dit son fils, jeune soldat au 16e de ligne. Je la tuerai plutôt. Et vendredi soir, en effet, le malheureux garçon s'étant armé d'un révolver, abattit la démente de deux balles, se logea un troisième projectile dans la tête et se jeta par la fenêtre de leur appartement commun. L'état de la mère et du fils est désespéré. (*L'Aurore* du 13 juillet.)

Bagnolet. — Un journalier, M. Joseph Grimouille, âgé de cinquante-six ans, demeurant sentier des Houes, était depuis quelque temps atteint de troubles cérébraux. Seul, hier soir, dans son logis, il en profita pour se pendre. Lorque sa femme rentra quelques instants plus tard, le désespéré était mort.(*La Petite République* 30 juillet.)

LES CRIMES DE L'ALCOOLISME

A Toulon, un soldat du 4e régiment d'infanterie coloniale, nommé Klaurens René, sous l'influence de l'alcool, a blessé huit personnes à la Seyne à coups de baïonnette.

Parmi les blessés se trouvent plusieurs enfants atteints à la poitrine et au dos. Le forcené a été arrêté non sans peine. (*La Liberté du* 2 juillet.)

ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DE LA ROCHE-GANDON, A MAYENNE.

Un emploi d'interne est disponible à l'asile public d'aliénés de la Roche-Gandon, à Mayenne (Mayenne). Les candidats à cet emploi devront être français, être de 21 ans au moins et avoir dix inscriptions de doctorat. Le titulaire de l'emploi recevra un traitement annuel de huit cents francs et aura droit en plus à la nourriture, au chauffage, à l'éclairage et au blanchissage. Les demandes devront être adressées à M. le Directeur-Médecin en chef de l'asile de la Roche-Gandon, à Mayenne, chargé de les centraliser et de les transmettre à M. le Préfet de la Mayenne. Chaqne demande devra être accompagnée des pièces suivantes : 1° acte de naissance ; 2° certificat de scolarité ; 3° extrait du casier judiciaire.

UNE MÉGÈRE IMBÉCILE CONDAMNÉE A MORT.

Berlin, 24 juin.— Le tribunal de Bromberg a condamné à mort Casimira Chmieleeicz âgée de 20 ans, et originaire de Hohensal. Cette mégère avait tué à coups de sabot une petite fille de deux ans, Marie Noeak qui avait été confiée à ses soins. Elle l'avait auparavant affreusement maltraitée. Casimira Chmieleeicz étant *extrêmement bornée*, les jurés ont signé un recours en grâce. (*Le Journal*, 25 juin 1907.)

UN ÉPILEPTIQUE

Où est le facteur ? — Montmorency. — Le facteur des postes, Dubois, de la petite commune de Montlignon, non loin de Montmorency, a disparu depuis lundi à cinq heures du soir ; il sortit à ce moment-là, se dirigeant sur Eaubonne, de la buvette tenue par une dame Darthuy, et plus personne depuis ne l'a aperçu.

Est-ce une fugue ? D'aucuns volontiers l'avanceraient. Mais on sait que le disparu était épileptique. N'aurait il pas trouvé la mort dans un fourré où il se serait dissimulé sentant venir une crise ? Une enquête paraît s'imposer. (*L'Aurore*, 8 septembre).

Asile d'aliénés de Lesvellec, près Vannes (Morbihan).

Un poste d'interne en médecine est vacant à l'asile d'aliénés de Lesvellec près Vannes. *Conditions* : Avoir 12 inscriptions et avoir passé sa pathologie externe. *Avantages* : Logement, nourriture chauffage, éclairage et blanchissage, 800 francs la première année, 900 francs la deuxième et 1.000 francs la troisième année. Ecrire au directeur de l'asile, médecin de l'établissement. Nota. — Gratification de fin d'année, facilité de passer ses examens. L'asile possède deux internes.

Séquestration arbitraire

Un drame de famille. Une mère volée et séquestrée par son fils.

L'opinion publique, à Béziers, est vivement émue par la séquestration, dans une maison de santé située près de Toulouse, d'une riche rentière de Bédarieux, Mme veuve B..., qui se serait vue, auparavant, enlever toute sa fortune par son fils, un magistrat de la région, agissant avec la complicité d'un médecin.

M. B..., après avoir surpris le mot du coffre-fort de sa mère, aurait attiré celle-ci dans la ville où il habite, de concert avec le docteur P..., puis il serait revenu à Bédarieux, aurait retiré du coffre-fort 350.000 francs en valeurs et 10.000 francs en or, et les aurait déposés dans une succursale d'un grand établissement de crédit. La mère, ayant constaté le vol, déposa une plainte au parquet de Béziers.

M. B.., aurait alors simulé la folie, et le docteur P... aurait persuadé la mère de faire interner son fils près de Toulouse. Mais une fois arrivés à destination, les deux complices auraient fait interner comme folle la malheureuse femme. Il parait que Mme B..., femme du magistrat, ayant appris ce qui s'était passé, et ne voulant nullement être complice de ce vol et de cette séquestration, s'est retirée chez ses parents, dans l'Aude, et va demander le divorce. (*Journal des Débats*, 17 septembre.)

D'après des journaux plus récents, ce récit de séquestration arbitraire où seraient compromises gravement la médecine et la magistrature est controversé. La justice serait saisie.

Drame de l'alcoolisme.

Louis Carrière, trente ans, marchand de poissons, qui habite 27, rue Jules-Parent, à Rueil, est un ivrogne invétéré ; il lui arrive fréquemment de boire jusqu'à sept absinthes. Jeudi, comme il rentrait chez lui, il tua un chat qui rôdait dans son jardin : il rechargea son arme, un vieux fusil de chasse à deux coups, remplit sa carnassière de poudre, de plomb, de pain, de cartouches de revolver et y ajouta un énorme couteau à découper. — Je pars dans la forêt de Marly, dit-il, et je tuerai tout ce que je trouverai, bêtes ou gens, car on m'en veut trop.

Il s'arrêta chez plusieurs marchands de vins et à 9 heures du soir on le vit dans les rues mettant en joue plusieurs personnes, des femmes, des enfants. Rue du Gué, deux jeunes gens, Romain Pruvost et Pautrat, voulurent le désarmer. Carrière se dégagea et fit feu à bout portant. Mais Pruvost releva le canon de l'arme lui arracha le fusil des mains et lui cassa net la crosse sur la tête.

L'alcoolique sortit un revolver qui ne le quittait jamais et fit feu à six reprises. Pruvost fut blessé au bras droit et au bas-ventre ; on le transporta à Laënnec, où l'interne constata que les intestins étaient perforés en plusieurs endroits. Le blessé a refusé de porter plainte : « Ça ne me retirerait pas les balles que j'ai dans le ventre, a-t-il déclaré ; j'arrangerai cela avec Carrière ». Le marchand de poissons, qui a été arrêté, n'a dû son salut qu'à l'intervention énergique de la gendarmerie : la foule voulait l'assommer. (*Les Débats,* 16 septembre 1907.)

FAITS DIVERS

SUICIDE D'ADOLESCENTS. — Un enfant de 15 ans, le jeune Manel (de Grenoble), ayant, à la suite d'une plaisanterie, blessé grièvement son frère en lui lançant une bouteille à la tête, s'arma d'un revolver et. se rendant sur les bords du Drac, se tua en se tirant deux balles à la tempe. (*Liberté,* 19 sept.)

FOU FURIEUX. — Elie Ophal, âgé de cinquante-six ans, ouvrier charpentier demeurant rue de la Réunion, donnait *depuis quelque temps des signes d'aliénation mentale.* Il était l'objet d'une surveillance spéciale de la part de sa famille, qui est en instance pour le faire interner. Hier soir, vers dix heures, il parvint à s'échapper et, tenant d'une main un formidable nerf de bœuf et de l'autre un long compas de charpentier, il s'élança dans la rue, insultant et menaçant les gens qu'il rencontrait. Tout le monde fuyait devant lui et des incidents étaient à craindre quand, rue du Temple, deux gardiens se jetèrent sur lui et purent après une lutte des plus vives le maitriser. Il a été envoyé à l'infirmerie du Dépôt. Ce fait montre encore une fois la *nécessité* d'une hospitalisation rapide. Il y va de l'intérêt des malades et de la société.

TENTATIVE DE SUICIDE. — Le beau-père de M. Malguy, chef de gare au Theil, qui, *depuis quelque temps, n'avait pas toutes ses idées à lui,* s'est précipité du haut de la fenêtre de sa cham-

bre, et est venu s'abattre lourdement sur le sol, tombant d'une hauteur de plus de six mètres. Le docteur mandé aussitôt constata une fracture du fémur gauche et du bassin et déclara que l'état était très grave. (*Bonhomme normand*, juin.)

Un drame sur une locomotive. — Un drame émouvant s'est déroulé cette nuit sur la plateforme d'une locomotive. Le mécanicien d'un train de marchandises, qui stationnait en gare du Nord, à Bruxelles, a lancé son train à toute vitesse sur la voie d'Anvers, et le convoi, malgré tous les signaux, franchit à une allure vertigineuse une dizaine de gares. Le chauffeur, comprenant que le mécanicien était devenu fou et qu'une catastrophe allait se produire, engagea une lutte terrible avec lui et réussit à le maîtriser au moment où le train dépassait Malines. Il arrêta alors le train. C'est miracle qu'aucun accident ne se soit produit, car sur cette voie il passe cinq ou six trains à l'heure. (*Messidor*, 3 juillet).

La folie d'un canonnier. — Pris d'un accès de folie subite provoquée, croit-on, par l'abus de l'alcool, un canonnier du 22e d'artillerie dégainait hier brusquement, rue Saint-Simon, à Versailles et se jetait sur un officier qui passait. La foule intervint et le canonnier qui avait pris la fuite fut arrêté et conduit au poste. Après interrogatoire, M. Payen, commissaire central, l'a fait mettre en observation à l'hôpital militaire. (Le *Journal*, 3 juillet)

Les aliénés en liberté. — A Monceau-sur-Sambre, un journalier, le nommé Bacle, pris subitement de folie, a tué sa maîtresse dans des circonstances horribles. Il l'a frappée dans le côté gauche d'un coup de couteau de cuisine ; puis, laissant son arme dans la plaie, il s'empara d'une paire de ciseaux dont il frappa à cinq reprises la malheureuse. La cinquième fois, il laissa encore l'arme enfoncée dans la plaie. Son crime accompli, Bacle prit la fuite vers le canal de la Sambre, où l'on pense qu'il s'est noyé. (*La Liberté*, 3 juillet).

L'alcoolisme. — Dans la statistique de l'alcoolisme, c'est le Calvados qui tient la tête avec une moyenne annuelle de 19 litres 73 d'alcool par habitant. La Creuse n'accuse qu'une consommation annuelle de 1 lit. 61. Ce chiffre est encore supérieur à la moyenne de toute la France, il y a 27 ans. Cette moyenne est aujourd'hui de près de 5 litres par habitant. En 1885, il n'y avait en France que 56.000 débits. En 1905 le nombre en est de 250.000

Asile public d'aliénés de Chateau-Picon (Bordeaux). — Le concours d'internat s'est terminé par la nomination de MM. Latreille et Calmettes, internes des Hôpitaux de Bordeaux.

STATISTIQUE DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS DE FRANCE. — Voici quelques renseignements dus à l'obligeance de M. Mirman :

Nombre des hôpitaux	297
— des hospices	480
— des hôpitaux, hospices	996
Nombres des asiles :	
Nationaux	1
Départementaux	55

plus 18 asiles privés faisant fonction d'asiles publics.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons les premiers numéros de la *Revue de psychologie sociale*, publiée sous la direction de MM. Espinas, Gide, Duprée, Darlu, Maxwell, Steeg, Lacombe. Rédaction et administration, 24 rue de Condé. Un an : 8 fr.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

BOURDIN (V.). — *Rapport médical sur l'asile d'aliénés* de la Sarthe pour l'année 1906, par M. le Dr Bourdin, médecin en chef, Le Mans, imprimerie Drouin, 1907.

CHARTIER M. — Encéphalite aiguë non suppurée. 1 vol. in-8° 140 pages et 2 planches. Librairie G. Jacques, 14, rue Hautefeuille, Paris.

CHARRON. — *Rapport médical de l'asile d'aliénés de Dury-lès-Amiens*, 1906. Librairie Redonnet fils, à Amiens.

E. KRŒPELIN. — *Introduction à la psychiatrie clinique*, 1 volume in-8° raisin de 410 pages. Prix : 12 fr.

LALLEMAND. — *Rapport médical de l'asile d'aliénés de Quatre-Mares*, 1906. Imprimerie Cagniard à Rouen.

MAUPATÉ. — *Quelle sera la situation des médecins d'asile sous le régime de la nouvelle loi sur les aliénés* Brochure de 12 pages grand in-8°. Chez Delarue, editeur, 5, rue des Grands-Augustins, Paris.

MAUPATÉ. — *Quels sont les aliénés que la loi prescrit ou permet d'interner ?* Brochure de 24 p. grand in-8°. Chez Delarue, éditeur, 5, rue des Grands-Augustins à Paris.

MAUPATÉ et NOLLEN. — *L'alcoolisme chez la femme dans le Nord.* Brochure de 29 pages. Chez Bigot frères, imprimeurs-éditeurs, rue Nationale, 68, à Lille.

MOREL ET A. MARIE. — **Memento de l'infirmier d'asiles.** Suivi des *Instructions concernant l'organisation du service médical de la maison de santé de Ville-Evrard et les soins à donner aux personnes atteintes de maladies mentales* par les Drs P. SÉRIEUX et R. MIGNOT. 1 Vol., grand in-8. Prix : 3 fr. 60. Pour les abonnés du *Progrès médical* et des *Archives de Neurologie* 2 francs ; *franco*, 2 *fr.* 60.

SIZARET. — *Rapport médical de l'asile d'aliénés de Rennes*, 1906. Imprimerie Oberthur à Rennes.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères et Thiron.

Vol. II. 3e Série. Octobre 1907. N° 10

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE

Contribution à l'étude des perversions sexuelles.

Par le prof. ALEXANDRE STCHERBAK (Varsovie).

OBS. I. — *Un cas d'hypoesthésie sexuelle avec fétichisme chez une femme. Le fétichisme « du dégoûtant ».*

Mme X., âgée de 30 ans, très intelligente et fort élégante, n'ayant pas à se plaindre de sa santé, est venue me consulter dans le but spécial d'obtenir des éclaircissements sur quelques « anomalies » de sa vie sexuelle. La malade ayant répondu très franchement et d'une façon précise à toutes les questions qui lui avaient été posées, il est devenu possible de résoudre le problème d'une manière plus ou moins satisfaisante.

Mme X. est mariée depuis 6 ans, elle a quatre enfants mais elle n'a jamais éprouvé dans le coït ni la moindre excitation, ni aucune satisfaction sexuelle. Au moment de *immissio penis* plutôt superficiel elle n'éprouve que des douleurs, pendant l'enfoncement plus profond il lui semble, que « quelque chose se soit écroulé » et elle commence à rire involontairement, en éprouvant en même temps un malaise général semblable à un évanouissement. Il faut noter que ces sensations n'ont rien de commun avec l'orgasme et ne coïncident pas du tout avec le point culminant du coït. Au moment de *ejaculatio hominis* elle ne reçoit aucune sensation particulière. L'embrassement et les caresses du mari ne réveillent pas non plus le sens génésique chez la malade ; ces caresses lui sont agréables, sans doute, mais seulement comme la preuve certaine de l'amour de son mari. Vraiment, Mme X. s'est mariée par amour ; pendant 6 ans ce sentiment s'est affermi et ses relations journalières avec son mari sont excellentes. Chose à noter — et Mme X. elle-même souligne cette circonstance — qu'elle n'est pas exempte de jalousie, ce sentiment pourtant n'existant que « dans le sens immatériel ». Elle a été plusieurs fois jalouse de son mari quand elle remarquait qu'il avait des attentions pour une autre femme ; mais les

rapports sexuels de son mari avec une femme ne lui causaient aucune jalousie. Son mari ne lui a pas caché qu'une fois pendant sa longue absence il avait pratiqué plusieurs fois le coït avec une dame connue d'elle, mais ces « relations physiques », comme les appelait Mme X., n'ont provoqué chez elle aucune jalousie et n'ont produit aucun changement dans la vie conjugale qui continue à s'écouler tout à fait tranquillement et paisiblement.

Jusqu'à l'âge de 18 ans, selon le récit de la malade, les tendances sexuelles ne se manifestaient pas chez elle. Depuis l'âge de 18 ans elle a commencé à éprouver le désir de plaire et à s'intéresser à la société des hommes mais elle n'éprouvait pas les tendances sexuelles dans le sens strict du mot ; les romans, les tableaux et les conversations suggestifs qui produisaient un effet spécial chez ses amies n'éveillaient chez notre malade aucun sentiment, ni tendance sexuels. En revanche, à partir de 18 ans elle s'est aperçue quelquefois qu'elle éprouvait une émotion tout à fait particulière et non désagréable, quand elle voyait quelque chose de repoussant, d'abominable, par exemple, un liquide dégoûtant répandu, des matières vomies, etc. ; en regardant ces choses, elle éprouve aussi le sentiment de dégoût auquel se mêle singulièrement un vague sentiment de plaisir. Le caractère purement *sexuel* de ces vagues sentiments s'est manifesté chez elle peu à peu ; elle avait beaucoup d'admirateurs et elle a remarqué qu'une déclaration d'amour d'un homme désagréable et même dégoûtant provoquait chez elle des sentiments semblables à ceux qu'elle avait éprouvés en regardant quelque chose de « très vilain ». Après le mariage le caractère sexuel de ces sentiments est devenu encore plus net et plus précis. Lorsque la malade voit quelque chose de très dégoûtant, elle éprouve l'*excitation sexuelle* ; l'aspect d'une grenouille écrasée dont les entrailles s'échappent de l'abdomen, peut même parfois provoquer des sensations spécifiques dans la profondeur des organes génitaux (sensation de chaleur et de chatouillement). A la pensée qu'un homme « dégoûtant » vienne lui faire une déclaration d'amour, la malade éprouve le sentiment, dont le caractère sexuel est évident pour elle-même. Le principe de sa domination sur cet homme ou, au contraire, de sa soumission à cet homme ne joue, comme il semble, aucun rôle pour la malade ; ce n'est que son aspect qui a une importance.

L'idée d'avoir des rapports sexuels avec un « homme dégoûtant » ne vient jamais à la malade et la représentation de ces rapports n'a rien qui excite le sens génésique et rien d'agréable. Il faut remarquer que la malade éprouve très rarement les sentiments sexuels particuliers dont nous venons de parler, et ces derniers n'atteignent pas une intensité considérable ; la malade ne s'en préoccupe pas beaucoup et, à proprement parler, ce n'est

qu'au moyen d'une série de questions spéciales qu'on a pu établir chez elle les sentiments originaux qui remplacent pour ainsi dire les sentiments sexuels normaux. La chose principale sur laquelle insiste Mme X. elle-même, c'est son indifférentisme complet dans les relations sexuelles avec son mari bien aimé.

Mme X. n'a jamais senti de tendances sexuelles à l'égard des femmes ; il est tout à fait inadmissible et bizarre pour elle d'aimer une femme de la même manière, qu'elle aime son mari. L'aspect des « femmes dégoûtantes » ne l'excite pas non plus. Parmi les hommes de sa connaissance quelques-uns lui plaisent plus que les autres, mais ces sentiments n'ont rien de commun avec ceux qu'elle éprouve en se représentant les « hommes dégoûtants ». La malade affirme catégoriquement qu'elle n'a jamais pratiqué l'onanisme et qu'elle n'a jamais eu de rêves érotiques. Son mari est un homme assez fort et doué de vigueur sexuelle ; il faut ajouter qu'il n'y a entre eux aucun abus de coït.

Pas d'antécédents héréditaires. Le père et la mère de notre malade sont bien portants ; il faut noter seulement une grande différence d'âge entre les parents.

Mme X. est une brune au teint basané, de frêle constitution ; la peau est un peu trop velue ; les organes intérieurs sont sains. Quant aux organes génitaux, on trouve l'hypéresthésie dans la région du clitoris (peu développé) et, par endroits, à *introitus vaginae*, où il y a aussi des plaques d'anesthésie et d'analgésie. Pas d'autres troubles objectifs du côté du système nerveux. La malade n'a jamais été affectée de maladies gynécologiques.

La description ci-dessus montre bien que le sens génésique chez Mme X., sans doute, ne manque pas complètement, mais il est peu développé (*hypoesthésie sexuelle*) ; en même temps on observe ici le *fétichisme* particulier consistant dans l'association pathologique du sentiment de dégoût avec le sentiment sexuel. Le cas décrit se distingue des cas ordinaires de fétichisme en ce que le sens génésique chez notre malade est excité non par les objets précis, mais par *tout ce qui est dégoûtant*. Ainsi, c'est le *sentiment du dégoût*, c'est le « dégoûtant » en général qui paraît ici « le fétiche », sous la dépendance exclusive duquel se produit l'orgasme génital. A cause de cela on pourrait nommer cette forme de fétichisme — « fétichisme du dégoûtant ». La nature originale des associations psychiques (association du sentiment du dégoût avec le sentiment sexuel), ainsi que le manque de développement du sens génésique doivent être considérés,

certainement, comme un stigmate psychique de dégénérescence chez notre malade. En ce cas, nous avons dans la sphère des sentiments un phénomène tout à fait analogue aux associations anormales connues dans la sphère des sensations comme, par exemple, l'audition colorée, etc.

L'histoire du fétichisme dans ses développements chez Mme X. montre aussi assez nettement que l'association anormale des sentiments est en ce cas *originaire* et non acquise ; cela est démontré par le fait que c'étaient les impressions tout à fait indifférentes dans le sens sexuel (l'aspect d'un liquide dégoûtant, etc.) qui ont provoqué chez notre malade pour la première fois de sa vie le sentiment spécial, dont le caractère sexuel n'est devenu évident que plus tard.

La perversion sexuelle n'atteint pas chez la malade une intensité considérable et, semble-t-il, n'engendre pas du tout les *tendances* sexuelles perverties. En effet, elle éprouve un sentiment sexuel agréable, en voyant les objets et les hommes dégoûtants, mais elle n'a pas d'aspirations vers ces stimulants. Ainsi le phénomène fondamental, c'est-à-dire le manque de développement du sens génésique, non seulement se manifeste dans l'indifférentisme de la malade pour les relations sexuelles normales, mais il se manifeste aussi dans sa perversion sexuelle assez peu développée et sans intensité. Quant au caractère singulier du fétichisme, il est intéressant de noter le contraste frappant qui existe entre ce caractère et l'individualité psychique de la malade. Mme X. est une artiste peintre non dépourvue de talent. Il faut donc supposer que le sentiment esthétique, lié surtout aux impressions visuelles, doit être bien développé chez elle ; et pourtant justement les impressions visuelles les moins esthétiques pour tout le monde (la vue d'une grenouille écrasée par exemple) provoquent des sentiments ayant un fond *agréable*. Le contraste dont nous parlons ne peut être expliqué autrement que par une disharmonie dégénérative du développement de l'appareil d'associations psychiques en général. Considéré de ce point de vue, le contraste ci-dessus mentionné présente une analogie complète avec les différentes formes

des idiosyncrasies psychiques qu'on observe très souvent chez les dégénérés.

Le fétichisme chez Mme X. se présente cliniquement sous une forme assez pure, parce que dans le tableau clinique, nous ne trouvons aucuns symptômes de sadisme ni de masochisme. Il n'est pas non plus question d'inversion sexuelle.

Obs. II. — *Un cas d'hyperesthésie sexuelle avec fétichisme chez une femme. La coquetterie pathologique fétichiste.*

Mme J., âgée de 25 ans, d'une famille névropathique où il y a eu plusieurs cas de psychose, est venue me consulter sur les nombreux symptômes de la nature hystérique y compris même les grandes attaques convulsives.

Depuis son enfance la malade est très nerveuse et très impressionnable; elle a passé les premières années de sa vie dans une famille de mœurs douteuses et n'a pas reçu une bonne éducation. Les tendances sexuelles se sont manifestées très tôt; elle pratiquait l'onanisme solitaire et l'onanisme réciproque avec des amies. Déjà à l'âge de 13-14 ans elle se livrait à des polissonneries et à des tentatives de coït avec les jeunes garçons ; son imagination était toujours occupée de choses érotiques; ses études allaient très mal. A l'âge de 17 ans, la malade se marie, mais bientôt elle quitte son mari et commence une vie irrégulière en changeant très souvent d'amants. A une époque, la malade dut faire une cure très prolongée à cause d'une maladie gynécologique d'origine probablement blennorrhagique ; elle n'a jamais, semble-t-il, eu la syphilis. Dans les derniers temps, surtout après l'apparition des symptômes de la maladie gynécologique, la malade a commencé à souffrir d'attaques hystéro-épileptiques accompagnées d'automatisme ; on dut même la placer dans un établissement spécial, mais elle n'y est pas restée longtemps et elle en est sortie avec une légère amélioration seulement.

Pendant la consultation de la malade on était frappé de la voir se préoccuper des sujets et des tendances érotiques. Son costume et ses manières avaient un caractère provocant. La malade tâchait toujours d'amener la conversation sur les questions concernant les organes génitaux et manifestait un goût singulier pour certains termes anatomo-physiologiques trop précis (les mots : « matrice » « vagin», » clitoris », « accouplement » reparaissaient très souvent dans sa conversation sans aucun besoin apparent). La malade ne cache pas ses « chutes » nombreuses mais elle cherche toujours à les justifier; elle les attribue à son état temporaire d'inconscience ou à la « faiblesse de ses nerfs » de laquelle profitent

les hommes; une autre fois elle dit qu'elle considère les abus sexuels comme un moyen de « s'oublier»... La malade avait consulté auparavant beaucoup de médecins : elle les accuse presque tous « d'assiduité auprès d'elle» mais en même temps elle se hâte d'expliquer l'attention de la part des médecins par sa belle constitution corporelle dont ces derniers avaient subi le charme. Bref, malgré le désir de voiler plus ou moins ses propres tendances exagérées, la malade les manifestait malgré elle très clairement. La malade changé tout de suite de note, quand je lui ai dit que ses parents m'avaient raconté son histoire et quand j'ai exigé d'elle une pleine franchise comme condition indispensable du traitement. Quant aux parents de la malade, ils m'avaient exposé que Mme J., à leur avis, souffre d'une « fureur de la matrice », qu'elle provoque toujours presque tous les hommes et même ne peut pas se défendre de séduire les jeunes garçons des familles consanguines où elle réside temporairement. Ceci bien établi, la malade a changé de système; elle a commencé à parler bien sérieusement et franchement et manifesta un vif désir de se débarrasser de la maladie nerveuse dont elle-même rejette la cause sur ses abus vénériens et dont les symptômes en ces derniers temps rendent sa vie insupportable.

Alors j'ai pu établir que les tendances sexuelles chez Mme J. sont extrêmement fortes, qu'elles s'adressent exclusivement aux hommes et qu'elles ne peuvent être satisfaites que pour une courte durée. L'aspect d'un homme et son approche excite presque toujours notre malade, mais *l'acte du coït ne lui donne aucune satisfaction*. La malade éprouve le maximum de l'excitation et de la satisfaction sexuelles non pendant le coït, mais en *voyant de près un homme très excité sexuellement*. Ce n'est que dans ces circonstances bien précises que la malade éprouve « le bonheur suprême », quant au coït suivant, elle s'y trouve tout à fait indifférente et elle l'éviterait très volontiers. Mme J. dit tout franchement qu'en réalité elle ne se refusait pas à le subir; ainsi on ne peut pas interpréter son récit comme ayant pour but d'affaiblir les couleurs et de se représenter plus pure qu'elle ne l'est. On ne peut pas croire non plus que Mme J. *simule* la particularité (« bizarrerie ») mentionnée et veuille de cette manière attirer l'attention sur elle. Elle racontait alors son histoire avec tant de détails et de précision que sa franchise et sa sincérité étaient évidentes; on voyait très bien qu'elle faisait tous ses efforts pour faire bien connaître ses « bizarreries » et sa « fureur utérine »; en même temps elle parlait de sa « bizarrerie principale » avec un entrain démontrant d'une façon indiscutable les *sentiments sexuels* très forts, éveillés chez elle par une seule représentation mentale de sa « bizarrerie » ; ce *sentiment* spécial, manifesté par la malade dans son récit, me paraît être la raison la plus forte

pour exclure catégoriquement la simulation de ladite particularité. De tous les récits bien détaillés de la malade il ressort manifestement que ses aspirations sexuelles se réduisent au fond à une seule chose, c'est-à-dire à un besoin très vif de voir près d'elle un homme excité, de considérer l'expression caractéristique de la physionomie et des yeux de cet homme. *C'est le vrai but intime de ses tendances sexuelles.* La nudité de l'homme ne l'excite pas. Dans ses rêves érotiques accompagnés de « pollutions » nocturnes elle voit toujours les hommes excités ; ces rêves se produisent surtout après les règles. La malade a remarqué que la vue d'un nouvel amant excité l'excite elle-même au plus haut degré et c'est pourquoi elle tâche toujours d'attirer à elle des nouveaux amants. Parfois l'excitabilité de la malade diminue un peu et alors elle peut vivre assez tranquillement pendant 1 1/2 à 2 mois, surtout si elle se trouve à la campagne; mais après, tout revient au premier état ; la malade va dans une grande ville et y mène la vie très irrégulière en abusant des relations sexuelles et prenant part aux vraies orgies.

L'examen objectif de la malade n'a pas fait reconnaître des signes morphologiques de la dégénérescence; les organes intérieurs sont sains. Du côté du système nerveux on ne trouve aucun signe de lésion organique, quant aux troubles de la nature hystéro-dégénérative il faut noter : hémihypoesthésie sensitivo-sensorielle du côté gauche, une zone d'hyperesthésie du tronc en forme de ceinture, large de 10-12 centimètres, exagération des réflexes rotuliens, absence des réflexes abdominaux et plantaires. Les organes génitaux n'ont pas été examinés.

En analysant les anomalies sexuelles dans ce cas, nous devons noter, avant tout, le fond principal consistant en une exagération très prononcée des tendances sexuelles (*hyperesthésie sexuelle*) ; une autre anomalie qui s'est développée sur ce fond d'hyperesthésie est caractérisée par le fait que la malade trouve la satisfaction sexuelle complète non pas dans le coït normal, mais à la vue seule d'un homme très excité sexuellement et se trouvant près d'elle. La phase, pour ainsi dire, préliminaire de l'acte remplace tout, devient le but principal des tendances sexuelles, devient pour la malade son *fétiche* qui est pour elle un excitant nécessaire et exclusif de l'orgasme voluptueux; au point de vue psychologique le fétiche, dans ce cas, est une représentation visuelle complète et d'un caractère très précis (l'aspect d'un homme excité).

Par conséquent, l'anomalie décrite ci-dessus doit être rangée dans les cadres du *fétichisme*. On ne peut pas expliquer le phénomène de manière que l'orgasme vienne ici trop tôt à cause de l'irritabilité exagérée du sentiment sexuel. Comme je l'ai dit plus haut, l'aspect d'un homme excité est, pour la malade, le *vrai but* de ses tendances sexuelles, le but tout à fait indépendant ; elle se représente juste ce tableau bien précis, quand elle est en proie à ses désirs sexuels; elle voit le même tableau dans ses rêves érotiques, tandis que le coït n'est pour elle qu'un mal inévitable ou un mal difficile à éviter.

Pour satisfaire ses désirs sexuels, la malade emploie des manœuvres différentes ayant pour but d'exciter le sens génésique chez les hommes et de les attirer à elle, en d'autres termes, la malade a recours à la *coquetterie*. Mais dans notre cas la coquetterie a le caractère évidemment *pathologique*, parce qu'elle est le résultat des tendances sexuelles pathologiques, perverties ; outre cela, ce caractère pathologique dépend encore d'une autre cause, c'est-à-dire de ce que la coquetterie dans notre cas est intimement liée à *l'élément essentiel* de la perversion même. En effet, l'élément essentiel de la perversion consiste justement en ce que les résultats *immédiats* obtenus par la coquetterie même — l'état d'excitation sexuelle chez l'homme — donnent à la malade la *satisfaction complète*. Ainsi, dans notre cas, la coquetterie renferme en elle-même le moyen de *satisfaire* immédiatement et complètement les tendances sexuelles pathologiques du fétichisme. A cause de cela on pourrait nommer cette espèce de fétichisme : *la coquetterie pathologique fétichiste*.

Outre le fétichisme, « l'exagération » de la coquetterie peut être, bien entendu, d'origine différente. On observe ce phénomène très souvent dans les états d'excitation psychique générale (état maniacal); le même phénomène se produit sous l'influence de certaines idées délirantes, d'hallucinations, etc.; les formes grossières et évidemdemment pathologiques de la coquetterie s'observent aussi dans les troubles de la conscience, dans la démence ; enfin, l'exagération de la coquetterie devient parfois un signe d'exagération des tendances sexuelles

— normales ou anormales — en général. Mais dans tous ces cas, « la modification » de la coquetterie n'est qu'un symptôme partiel des troubles plus étendus, si elle n'a pas une origine secondaire, tandis que la coquetterie pathologique fétichiste a le caractère clinique bien indépendant et est intimement liée, comme nous l'avons dit plus haut, à l'élément essentiel de la *perversion précise*.

La coquetterie pathologique fétichiste présente, d'un autre côté, une certaine analogie avec un phénomène « normal » qui s'observe assez souvent et qui consiste en ce qu'une femme très coquette, étant gouvernée par des considérations et des sentiments quelconques, se défend toujours de dépasser certaines limites dans ses manœuvres de coquetterie. Ces cas diffèrent du fétichisme, bien entendu, par le manque de caractère pathologique. Le cas que je viens de décrire doit être considéré comme un exemple exclusif de cette perversion sexuelle. La coquetterie pathologique fétichiste s'observe assez souvent chez les femmes dégénérées, mais ordinairement la coquetterie pathologique a le caractère plus mitigé et ne se manifeste pas sous une forme si grossière, si matérielle que chez Mme Y. (1).

Il est difficile de déterminer avec précision l'origine du fétichisme dans ce cas ; mais il est hors de doute que les tendances purement sexuelles et très intenses existaient chez la malade dès son enfance ; n'étant âgée que de 13-14 ans, la malade éprouvait déjà une forte tendance pour les relations intimes avec les garçons, quoiqu'elle ne se représentât pas bien de quelle façon, à proprement parler, elle pourrait satisfaire ses vagues désirs ; il est bien possible que les associations psychiques qui font la base du fétichisme se soient formées justement à cet âge tendre au cours des tentatives de coït et des autres manœuvres intimes avec les garçons. La malade ne peut pas (ou ne veut pas) nous donner des renseignements précis concernant les circonstances et le moment où elle s'est aperçue pour la première fois de sa « bizarrerie », mais en tout cas nous avons certaines rai-

(1) V. les observations à propos de coquetterie pathologique dans mes « *Leçons cliniques sur les maladies nerveuses et mentales* ». Varsovie 1901, p. 482 (en russe.)

sons d'admettre que cette « bizarrerie » c'est-à-dire le fétichisme particulier, chez Mme Y., est acquis et non originaire, comme c'était le cas dans l'observation précédente (Mme X.). Quant à l'exagération des tendances sexuelles, celle-ci a le caractère originaire bien évident ; le fond dégénératif très grave est non moins évident.

Obs. III. — *Un cas de sadisme et de fétichisme chez un adolescent. Fétichisme d'origine sadistique.*

Z., jeune homme âgé de 17 ans, très intelligent et développé dans le sens psychique plus qu'on pourrait s'y attendre pour son âge, est venu me consulter sur une série de symptômes neurasthéniques banals (irritabilité et impressionnabilité très exagérées, mauvaise humeur, insomnie, mal de tête, impossibilité de travailler etc.), la cause de tous ces troubles, pourtant, n'était pas banale, surtout pour le malade, même, qui expliquait « sa neurasthénie » par ses anomalies sexuelles étranges. Jusqu'à présent le malade n'a parlé à personne de ses anomalies, il n'a même jamais entendu parler ni n'a jamais trouvé dans les livres mention de rien concernant les anomalies sexuelles en général.

L'examen de l'état psychique et physique du malade a donné les résultats suivants :

Le malade, encore enfant, à l'âge de 5-6 ans, avait été vivement impressionné par les récits concernant les criminels qui avaient été *garrottés* et envoyés à la prison. C'était justement le garrottage qui attirait son attention dans toutes les histoires pareilles, et non le crime commis quel qu'il put être, même le plus grave et le plus extraordinaire. Un peu plus tard, à l'époque où il avait déjà appris à lire, lorsque le malade rencontrait dans un livre ou dans un journal la description de cas pareils, il lisait et relisait plusieurs fois ces récits en éprouvant un très vague plaisir. Le malade se souvient très bien que, dans toutes les occasions de ce genre, ce n'était que le *garrottage* qui l'intéressait. Il se demandait toujours : de quelle manière garrotte-t-on les criminels, quelles sensations éprouvent ces derniers, mais les autres circonstances du crime ne le touchaient pas. A cette époque, le sexe des personnages garrottés lui était indifférent. Ses pensées, invinciblement portées vers les personnages garrottés sans distinction du sexe, poursuivaient le malade pendant de longues heures et il ne pouvait pas débarrasser son imagination de ces tableaux. Parfois d'autres idées de même nature se présentaient à son esprit ; tout à coup et sans aucuns motifs, le malade commençait à penser à la Sibérie, aux forçats qui y travaillent et c'était toujours l'état intérieur, psychique des

forçats qui intéressait le plus Z. Les mots tels que : « garrotter » « ligoter », « les chaînes », même répétés mentalement, provoquaient chez le malade une émotion particulière. Parfois le malade rêvait qu'il était forçat lui-même et qu'il éprouvait les sensations d'un homme mis aux fers.... Lorsque le malade lisait une histoire d'aventures arrivées en pays indien, ce qui l'intéresait le plus c'étaient les scènes de capture et de ligotement des prisonniers par les indiens, il relisait toujours ces passages plusieurs fois. Dans les romans illustrés de Mainright et de Gustave Aymard,les gravures représentant les prisonniers ligotés provoquaient chez lui un intérêt très vif ; le malade ne pouvait pas s'arracher à ces pages, il sentait un besoin de les regarder encore et encore cherchant les détails restés peut-être inaperçus ; parfois il ne cherchait aucuns détails nouveaux dans ces gravures, mais lorsqu'il les contemplait tout simplement il éprouvait un vague plaisir et une émotion tout à fait particulière ; parfois dans ces circonstances le malade songeait : « comme ce serait bien si moi-même je ligotais les prisonniers ou si les Indiens me ligotaient de la même manière ». Une fois Z. a lu dans le journal que des malfaiteurs avaient entouré la maison d'un propriétaire, avaient forcé la porte et avaient ligoté le propriétaire et sa femme ; « le monsieur et la dame ligotés » pendant longtemps ne laissaient pas notre malade tranquille et ils attiraient toujours ses pensées. Une pièce de théâtre a produit sur le malade encore plus grande impression. Dans cette pièce un acteur et une actrice *ligotés* ont paru sur la scène ; à cette vue le malade a cessé complètement de s'intéresser à tout ce qui se passait autour de lui et ne pouvait pas détourner ses yeux des artistes ligotés. Avec l'âge les pensées de « garrottage » devenaient de plus en plus persistantes et de plus longue durée ; leur intensité s'est accrue surtout à l'âge de 14 ans ; alors il était rare qu'il passât 1 ou 2 jours sans être poursuivi par ces pensées.

A partir de 14 ans, un changement sensible s'est produit dans ses pensées concernant « le garrottage »; auparavant le sexe des gens garottés lui avait été indifférent, mais à l'âge de 14 ans c'étaient les *femmes garottées* qui excitaient le malade beaucoup plus que les hommes. Les récits, la lecture et surtout les gravures concernant le garrottage des femmes ont commencé à influencer le malade de la façon la plus intense. En même temps, il remarquait peu à peu l'apparition d'une particularité qui n'existait pas auparavant, c'est-à-dire de la passion des femmes *riches*, *élégantes* et surtout des *femmes chaussées de bottines vernies* ; la beauté des femmes et la beauté de leurs pieds ne l'intéressaient pas ; ce n'était que l'élégance féminine qui attirait le malade d'une manière spéciale : à la vue seule de ces dames il éprouvait à l'instant un vif désir secret de les garrotter ou de les mettre aux fers.

A partir de cette époque, selon l'expression du malade, a commencé « le drame de sa vie ». En suivant une rue il était toujours préoccupé de rencontrer des dames élégantes, chaussées de bottines vernies, et se livrait à ses rêves habituels. Mais les pensées d'autrefois concernant les forçats, malgré cela, n'ont pas quitté le malade. Ayant remarqué dans la rue un convoi de condamnés mis aux fers, il le suivait de près et ne pouvait pas s'abstenir de l'accompagner aussi loin, qu'il lui était possible. Si une dame élégante passait en voiture près de ce convoi triste, le malade éprouvait le plus grand plaisir à rêver au garrottage de cette aristocrate, séparée par un abîme profond des hommes ordinaires. *La différence de position sociale* entre cette dame très chic jouissant de la liberté et un homme de basse origine mis aux fers — décuplait le plaisir du malade. Après une rencontre pareille il songeait pendant longtemps qu'il enlevait avec ses complices deux riches et élégantes « comtesses » chaussées de bottines vernies, les garrottait, les amenait chez lui et les forçait de se promener ainsi dans la cour de sa maison. Le malade se représentait toutes ces scènes dans leurs derniers détails et cela lui causait comme il dit, « un plaisir sexuel et particulièrement cordial ».

A partir de 15 ans le malade est devenu très irritable et évitait d'aller au théâtre et de fréquenter les lieux publics, parce que les dames portant des toilettes élégantes — leurs pieds surtout — l'excitaient énormément. Dans les rues, même la vue des animaux ligotés provoquait chez lui une émotion. Parfois le malade essayait de se ligoter lui-même et de se promener, les pieds ligotés avec des chaînettes, dans sa chambre, mais ce moyen le satisfaisait très peu...

A l'âge de 15 ans, le malade a fait la connaissance d'une femme ayant dix ans de plus que lui, qui n'était pas belle mais d'une intelligence assez remarquable d'après le récit du malade. Après être entré en relations plus étroites avec cette dame, le malade s'est permis en tête à tête des libertés avec elle : il la saisissait souvent par les mains et regardait de temps en temps ses pieds; alors il profita d'un bon moment, la saisit par les mains qu'il lui ligota derrière le dos. Lorsque, dit le malade, « j'ai ligoté pour la première fois de ma vie les mains d'une femme, j'ai éprouvé une *violente commotion psychique*, mais en même temps, *une espèce de délice du cœur* ». Le malade ne voulant pourtant pas confier son mystère à cette femme, tâchait de tourner tout en plaisanterie. Le lendemain, Z. a visité de nouveau la dame et tout de suite il lui a ligoté les mains, malgré sa résistance qui toutefois n'était pas sérieuse. Pendant qu'il se rendait à son second rendez-vous avec cette femme le malade a résolu fermement de ligoter, coûte que coûte, pour cette fois les pieds de la femme.

Et vraiment, après avoir ligoté les mains de sa compagne, le malade l'a fait asseoir sur une chaise, et ayant posé sur ses genoux les pieds chaussés de bottines de cette dame, les a ligotés au moyen d'une corde ; la femme n'opposait pas de résistance. Alors le malade a commencé à dénouer la corde et éprouvait pendant cette opération le même plaisir qu'en ligotant les pieds. *Au moment, où Z. tenait sur ses genoux les pieds tout à fait immobiles de la femme, dont les bottines touchaient légèrement ses parties sexuelles*, il éprouva tout à coup une *érection* qui fut suivie peu après d'une *éjaculation*. D'après le récit du malade il a ressenti à ce moment le plus grand plaisir sexuel qu'il eût jamais éprouvé de sa vie (l'orgasme) ; ensuite, une espèce d'affaiblissement général s'étant manifesté, le désir de « ligoter » a disparu et le malade a causé avec la dame de choses indifférentes et a oublié pour quelque temps sa « manie ».

Alors le malade a trouvé un moyen pour satisfaire ses tendances, moyen qu'il ne connaissait pas jusque-là et, bien entendu, il profitait largement de ce moyen en demandant des rendez-vous à la dame le plus souvent possible. Peu à peu le malade s'est convaincu que le ligotement des pieds n'était pas le moyen indispensable devant lui procurer pleine satisfaction ; pour ressentir l'orgasme il suffisait alors au malade de garder sur ses genoux les pieds *immobiles* de la dame, chaussés de bottines qui touchaient très légèrement ses parties génitales (non découvertes) ; au bout de quelques minutes, le malade se trouvait dans un état très agréable d'excitation sexuelle qui s'augmentait peu à peu, et une fois arrivée à son maximum d'énergie, elle aboutissait à une éjaculation. Quelquefois le malade ligotait les pieds de la dame avec des chaînettes et la forçait de se promener ainsi dans la chambre : ce tableau qui réalisait à peu près ses rêves d'autrefois, procurait au malade « un plaisir cordial énorme » mais le plaisir dans ce cas n'était pas suivi d'éjaculation. *Si la dame était chaussée non pas de bottines, mais de pantoufles — tout l'intérêt pour ses pieds — disparaissait complètement chez le malade*. Dans ces conditions, ni le ligotement ni le contact des pieds avec ses parties génitales ne produisaient aucun effet ; alors le malade ligotait les mains de sa compagne mais il ne trouvait pas dans cet acte de complète satisfaction et il ne s'en suivait pas d'éjaculation. Les parties génitales et — en général — la nudité de la dame le laissaient indifférent et il ne se sentait jamais porté ni à des attouchements indécents, ni à des regards indiscrets, quoiqu'il ne rencontrât pas, comme il semble, de résistance de la part de sa compagne ; lui-même au cours de ses rendez-vous ne se devêtait jamais et ne découvrait non plus ses parties génitales.

La représentation des parties sexuelles de la femme en géné-

ral produit chez notre malade un sentiment de répugnance qui se manifestait très bien, même dans l'expression de sa physionomie, quand il parlait sur ce sujet. Pareillement la vue d'une femme demi-nue ou même nue ne l'excite pas du tout et provoque chez lui plutôt un sentiment de dégoût ; le malade a aussi de la répugnance pour le coït qu'il n'a jamais pratiqué, mais qu'il connaît théoriquement. Par conséquent, pendant ses rendez-vous intimes avec la dame, le malade se bornait strictement aux manœuvres que nous venons de décrire : il échangeait des baisers avec elle, mais ces baisers ne produisaient sur lui aucune impression particulière. Chose à noter que dans cette période de sa vie le malade ne faisait aucune attention dans les rues aux dames élégantes, aux bottines vernies, aux forçats mis aux fers, etc.

Après quelques mois sa compagne est partie et les rendez-vous ont cessé brusquement. Dans les premiers temps le malade restait assez tranquille, parfois il oubliait même sa « manie étrange », mais après quelques semaines tout allait comme auparavant et même d'une manière plus accentuée. Ayant déjà éprouvé la satisfaction sexuelle complète, le malade naturellement retourne toujours à ses pensées concernant « les moments vécus les plus heureux » et il ne peut pas, malgré tous ses efforts, se débarrasser de ses souvenirs ; il est devenu très irritable et emporté, se querelle souvent avec ses parents ; il a perdu l'appétit et le sommeil. En même temps il a commencé de nouveau à se tenir à l'affût des dames élégantes et à les garotter mentalement ; les forçats l'intéressent de nouveau. Un nouveau symptôme a fait ausssi son apparition : le malade prend dans sa chambre les bottines de ses parentes et en les regardant de près se rappelle ce qu'il a éprouvé avec sa compagne et pense à ce que doivent sentir les hommes et les femmes au cours des manœuvres, analogues à celles pratiquées par lui avec la dame. Pendant ces rêves, d'après son récit, il n'éprouve pas d'éjaculation (?)

Maintenant Z. commence à s'apercevoir confusément qu'il est atteint « d'une anomalie psychique ou physique quelconque » ; l'idée du mariage et des relations sexuelles normales le remplit d'effroi. Ses conversations avec ses amis le convainquent de plus en plus qu'il comprend les questions de la vie sexuelle tout autrement que tout le monde ; de là — la crainte qu'on pourrait le considérer comme un fou. Enfin, tout à fait désespéré, le malade a résolu de consulter le médecin. Lorsqu'il a appris que les phénomènes de ce genre sont connus depuis longtemps, qu'ils sont les symptômes d'une maladie susceptible de traitement — il se réjouit sincèrement.

Depuis l'âge de 14 ans, le malade a des pollutions nocturnes qui sont accompagnées de rêves, dans lesquels le malade voit

les hommes et les femmes garrottés. Une fois, il a eu une pollution pendant le songe, où il se voyait lui-même « mis aux fers». Le malade affirme catégoriquement qu'il n'a jamais pratiqué l'onanisme ni le coït.

Pas d'antécédents héréditaires, pas de signes morphologiques de dégénéresence, pas de troubles du côté des organes internes ni du côté du système nerveux. Les organes génitaux sont bien développés.

Le diagnostic de *perversion sexuelle*, sous la forme de *sadisme* compliqué de *fétichisme*, est bien clair dans ce cas et ce diagnostic n'a pas besoin de commentaires. Mais notre observation offre un certain intérêt dans le sens qu'elle nous donne une possibilité d'examiner *d'une manière assez détaillée* le développement graduel des dites anomalies sexuelles et de les analyser au point de vue psychologique.

Les tendances sadistiques chez notre malade apparaissent comme un vrai équivalent des tendances sexuelles normales. Le malade décrit en détail la naissance vague de ses tendances sadistiques dans son enfance, et il n'est pas difficile de voir que cette période rudimentaire de développement de l'anomalie est tout à fait analogue à la même période de développement des tendances sexuelles normales qui sont aussi, au commencement, très vagues et inexplicables pour le sujet même. Le malade dit que dans son enfance un je ne sais quoi attirait son attention sur les récits « du garrottage », sur les gravures concernant ce sujet, sur les rencontres avec des gens garrottés ou ligotés. Eh bien ! au fond c'est la même chose qu'on observe chez les garçons d'un certain âge qui sont attirés comme par une force incompréhensible vers tout ce qui touche la vie sexuelle. A l'approche de l'époque de la puberté, la vue de la nudité d'une femme, les images et les récits y afférant produisent sur ce garçon une impression toute particulière, que lui-même ne comprend pas bien. Au commencement, notre malade se comportait de la même manière au sujet du garrottage; peu à peu le caractère sexuel de ces tendances et de ces sentiments s'est éclairci pour lui. Enfin, il a rencontré une femme, avec laquelle il a trouvé la satisfaction complète de ses tendances sadistiques : le ré-

sultat était tout à fait analogue à la satisfaction des tendances sexuelles normales très intenses. La description de l'état psychique dans lequel se trouvait le malade pendant les rendez-vous avec sa compagne est très instructive à ce point de vue ; elle montre nettement que cet état est bien conforme à celui d'un adolescent passionné normal. Comme ce dernier, notre malade, après la satisfaction sexuelle a été en mesure de s'intéresser à des choses indifférentes, n'étant pas détourné à chaque instant par les représentations érotiques.

En somme, les tendances sadistiques — très vagues au début et très précises par la suite —, ainsi que la période de satisfaction — tout cela présente au point de vue psychologique une analogie complète avec les tendances sexuelles et la satisfaction normale chez un jeune homme ayant le sens génésique prématurément et peut-être trop intensivement développé. La période suivante d'abstinence involontaire, après le départ de la compagne, présente le même caractère : le malade éprouvait justement ce que ressent un adolescent très passionné qui a déjà goûté les plaisirs charnels et qui s'en est trouvé privé brusquement.

L'onanisme, dans le sens ordinaire du mot, n'existait pas chez le malade ; mais il y avait un vrai *onanisme sadistique*, d'une nature physique (le garrottage de soi-même) ; le malade a cessé cette manœuvre, parce qu'elle lui procurait trop peu de plaisirs, surtout après ses entrevues avec sa compagne (la dernière circonstance est soulignée par le malade lui-même) ; quant à *l'onanisme psychique sadistique*, Z. s'y livrait très souvent en « se représentant le garottage », en « rêvant aux enlèvements et au ligotement des comtesses », etc. Il n'est pas difficile de voir ici une fois de plus l'analogie complète des phénomènes de la vie sexuelle normale. Nous trouvons ici juste les mêmes particularités de l'onanisme qu'on observe chez les adolescents très passionnés, mais en même temps exempts des altérations pathologiques du sens génésique (la préférence pour les relations sexuelles normales quand ces dernières sont devenues possibles et la prépondérance de l'onanisme *psychique*.)

Enfin, il n'est pas sans intérêt de noter le fait que notre malade, même en son enfance, *avait honte* de ses pensées concernant le garrottage et n'en parlait à personne ; insconsciemment il traitait ces pensées comme quelque chose qu'on doit *cacher* aux autres. — Ainsi, tous les détails du développement des tendances sadistiques dans notre cas démontrent bien, qu'au point de vue psychologique nous avons ici *un réel équivalent des tendances sexuelles normales*. Cette conclusion est confirmée par le fait que les particularités sexuelles des femmes, l'acte du coït, enfin tout ce qui concerne la vie sexuelle normale, tout cela n'intéresse nullement le malade et, au contraire, lui cause des sentiments de dégoût.

Z... était influencé surtout par les dames riches, élégantes, par « les comtesses », mais cette catégorie de femmes l'intéressait plus que les autres, à proprement dire, non à cause de leur élégance, comme telle, ni de leurs charmes féminins ; elles ne l'intéressaient, si on peut dire ainsi, qu'au point de vue *sadistique*. Dans ce sens, le récit du malade au sujet d'un convoi de condamnés près duquel passait une dame élégante est surtout instructif ; la représentation de l'abîme profond séparant une aristocrate des hommes ordinaires mis aux fers, décuplait le plaisir du malade qui se disait avec joie : comme il serait agréable de *garrotter* cette dame de haute position, de l'*amener* chez soi, de la *faire marcher*, les pieds ligotés. Faire descendre une femme de sa haute position sociale à l'état d'un détenu ligoté, dont on peut disposer librement — voilà ce qui attirait le malade dans ce cas et non les attraits d'une comtesse, comme femme.

Nous avons comparé plus haut l'état psychique du malade à un état érotique très exagéré d'un adolescent normal. Pour bien apprécier cette comparaison il faut prendre en considération une circonstance qui n'est pas sans importance pour l'étude non seulement de ce cas, mais de plusieurs formes des anomalies sexuelles. Il s'agit de ce que l'acte d'humilier une femme, de la priver de sa liberté et de la ligoter se présente dans l'esprit du malade comme un acte sexuel, qui est tout à fait analogue à

l'acte d'accouplement d'un homme avec une femme. Ainsi toutes les représentations — très nombreuses et très variées — qui sont mises en connexion plus ou moins étroite, par les voies d'association, avec le « garrottage » sont accompagnées, elles aussi, du sentiment sexuel. Eh bien ! soumis à l'influence de cette anomalie particulière d'associations psychiques, notre malade a passé toute la période de sa puberté dans un milieu où de pareilles choses sont tout à fait indifférentes dans le sens sexuel ; par conséquent on ne cache pas ces choses au garçon, on en expose tous les détails devant lui, on lui donne des images où sont représentées les femmes garrottées (c'est-à-dire des scènes qui sont pour le malade analogues aux actes très proches du coït) ; le malade voit ces scènes au théâtre, il les voit souvent, même dans les rues.

Il n'est pas difficile de se figurer de quelle manière se développeraient les tendances sexuelles « normales » chez un garçon « normal » contemporain qui se trouverait dans des circonstances analogues ; et dans ce cas « ces circonstances analogues » consisteraient en ce que devant le garçon qui *a honte* de ses tendances sexuelles on parlerait en toute liberté des actes charnels, qu'il trouverait toujours dans les livres les descriptions et les illustrations concernant les choses les plus scabreuses et les plus indécentes, qu'il verrait au théâtre et dans les rues à peu près le coït même !

Il est difficile d'admettre que, dans ces circonstances, les tendances chez un garçon normal ne se développeraient pas prématurément et trop intensivement. Et cependant, notre malheureux malade vivait justement dans de telles conditions respirant toujours l'air malsain de l'atmosphère érotique qui l'enveloppait ; rien d'étonnant que ses tendances sadistiques aient atteint un tel degré d'intensité, qu'elles l'absorbaient complètement et qu'elles gâtaient ainsi sa vie. Le développement de la neurasthénie grave dans ces circonstances, c'est-à-dire dans ces excitations perpétuelles et très fortes du sens génésique, est aussi, bien entendu, très naturel. Dans notre première observation, chez Mme X., c'étaient aussi les objets indifférents au point de vie sexuel et les objets qu'on rencontre souvent dans la vie ordinaire, qui excitaient ses sentiments

sexuels, mais cette malade-là fut protégée contre le développement excessif des tendances sexuelles par une *hypoesthésie* sexuelle concomitante, si fortement prononcée que les *sentiments* sexuels anormaux, comme nous l'avons dit, ne produisaient même pas du tout chez la malade de *tendances* sexuelles pathologiques; chez Z. l'hypoesthésie sexuelle n'existait pas et c'est à la particularité spéciale de la perversion qu'on doit attribuer, en partie, le développement prématuré et excessif des tendances pathologiques.

L'histoire du développement des tendances sadistiques chez Z. est intéressante aussi à un autre point de vue : cet exposé démontre très clairement la nécessité de bien surveiller l'évolution de la vie sexuelle chez les garçons et les jeunes filles et de les *diriger* dans ce sens. Notre observation prouve en tout cas qu'on ne peut pas laisser le développement sexuel des enfants à la merci des circonstances accidentelles, comme cela se fait ordinairement ; si une direction de ce genre avait existé chez Z. son anomalie sexuelle sans doute se serait éclaircie beaucoup plus tôt et le malade serait exempt des conséquences fâcheuses du développement non refréné de sa perversion.

Passons maintenant au mécanisme psychologique d'origine du *fétichisme* en ce cas. En fin de compte, notre malade, d'un sadiste s'est transformé à un certain degré en un fétichiste assez banal du pied et surtout des bottines de femme. Au premier aspect le fétichisme, des bottines et le sadisme seraient assez éloignés l'un de l'autre, mais dans notre cas il existe entre les deux phénomènes une relation psychologique assez étroite.

Le fond principal des anomalies des tendance sexuelles chez Z. se caractérise par les tendances sadistiques : humilier la femme, la ligoter, la garrotter, la priver de sa liberté, la mettre aux fers, disposer d'elle très librement. Eh bien ! à ce point de vue, le ligotement des *pieds*, le garrottage des pieds, sans doute, est plus effectif que le ligotement des mains; de là cette particularité, remarquée par le malade même, qu'il accordait plus d'importance au ligotement des pieds qu'à celui des mains.

Se rendant à son deuxième rendez-vous avec sa compagne et lui ayant déjà une fois ligoté les mains, il se

disait que cette fois-ci il serait plus hardi et plus décidé, qu'il parviendrait à atteindre son but principal et, que coûte que coûte, il lui ligoterait les pieds.

Encore au moment où les tendances sadistiques précises se formaient dans l'esprit du malade, il portait une attention toute particulière sur les dames parées, élégantes, mais en ce temps-là déjà, c'étaient les pieds qui jouaient un rôle prépondérant.

Plusieurs fois dans ses récits le malade soulignait les *bottines vernies*, évidemment comme l'indice le plus important pour lui de l'élégance et, par conséquent, le signe de la haute position sociale d'une femme. En effet, s'il s'agit de la domination sur une femme, la domination plus *complète* (le ligotement des *pieds*), et la domination sur une femme *plus haut* placée (les pieds *élégamment chaussés*) doit provoquer un plaisir plus grand. Ainsi chez le malade s'est formée peu à peu une association du sentiment sexuel avec des représentations du ligotement des pieds de femme et surtout des pieds élégamment chaussés. Dans la formation de ces associations jouait un certain rôle la circonstance que le malade faisait ses observations dans les rues, au théâtre et non en famille ; à cause de cela les associations ci-dessus mentionnées devaient se former avec la représentation des pieds de femme *chaussés*.

Les associations psychiques d'un caractère précis étant formées, le contact *occasionnel* des bottines de femme avec les parties génitales du malade (sans aucun frottement) a provoqué l'éjaculation et l'orgasme voluptueux ; cet incident très important de la vie sexuelle du malade s'est produit juste au moment où le malade satisfaisait pour la première fois de sa vie ses tendances sadistiques très intenses avec une femme. On voit bien que c'étaient les circonstances extrêmement favorables pour la formation d'une nouvelle espèce d'association, c'est-à-dire de l'association du sens génésique avec la représentation du contact des pieds de femme chaussés et des bottines mêmes. Les nouvelles associations se sont formées, et cliniquement, le malade est devenu dans une certaine mesure « fétichiste des bottines ».

A l'appui de ce mode d'explication du fétichisme de Z.

il faut noter le fait qu'avant la rencontre avec la compagne, comme affirme catégoriquement le malade, jamais il ne lui est venu l'idée de prendre chez soi les bottines de femme et « d'en jouir » comme le font ordinairement les fétichistes des bottines; le malade n'a jamais fait cela, à moins qu'il fût très excité sexuellement, qu'il tâchât de trouver une issue à son excitation et qu'il rêvât toujours au ligotement des pieds des femmes chaussés de bottines vernies.

En résumant tout ce que nous avons dit au sujet du fétichisme chez le malade, il faut noter que le fétichisme, dans ce cas se présente comme le fétichisme acquis, mais son développement est étroitement lié aux tendances sadistiques, évidemment originaires.

On ne peut pas reconnaître dans notre cas l'élément *homosexuel*, quoique l'aspect des *hommes* garrottés réveillât chez le malade le sens génésique, et cela non seulement au début, mais dans les derniers temps encore, pendant l'abstinence involontaire, après le départ de sa compagne. En appréciant ce phénomène, il ne faut pas oublier les causes analysées plus haut qui déterminaient chez le malade l'intensité excessive des sentiments érotiques (sadistiques), grâce à ce que dans la vie ordinaire le malade trouvait partout et toujours les stimulants très forts de son sens génésique perverti. Dans ces circonstances, c'est-à-dire dans l'exagération énorme d'excitabilité sexuelle, tout ce qui a un rapport au *ligotement* au *garrottage* (acte charnel du point de vue du malade) pouvait bien l'exciter, comme l'excitait même l'aspect des animaux garrottés. La justesse de notre interprétation en ce cas est démontrée par le fait que le malade ayant toute possibilité de ligoter à discrétion, « pour plaisanter », les garçons, ses camarades, *n'a jamais fait cela* ; de ce fait il résulte que l'élément d'inversion sexuelle n'existe pas dans notre cas.

En dernier lieu, il faut observer que, dans ce cas, comme d'ailleurs dans un certain nombre d'autres cas, nous trouvons le stigmate psychique de dégénérescence très net (perversion sexuelle originaire) et en même temps nous n'avons pas d'indications formelles, pour ainsi dire, de la dégénérescence : les renseignements sur les anté-

cédents héréditaires nous manquent complètement ; il n'y a pas non plus de signes morphologiques de dégénérescence chez le malade même.

LEGISLATION

La loi Dubief et la résidence des médecins d'asile ;

par JEAN LÉPINE
Agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.
Médecin-adjoint de l'asile de Bron.

Depuis six mois qu'elle est votée par la Chambre, les critiques n'ont pas manqué à la nouvelle loi sur le régime des aliénés, et spécialement aux dispositions de l'article 6, accordant aux médecins traitants le libre exercice de la médecine, et indiquant qu'ils seront logés, ou non, suivant la décision prise par le préfet, après avis du conseil général.

En voyant se succéder sur cette question, sous forme d'articles ou de délibérations, les avis individuels ou collectifs, je ne pensais pas avoir à mon tour à exprimer une opinion que je sais ne m'être pas exclusivement personnelle. J'attendais qu'une voix plus autorisée s'en fût chargée. Mais comme le temps a passé, et que je n'ai point rencontré jusqu'ici l'expression de cette opinion, on voudra bien m'excuser d'apporter brièvement cette pièce nouvelle à un dossier sur le point d'être clos.

On a jusqu'ici considéré, avec raison, deux éléments du problème : l'intérêt du corps médical d'une part, et celui, d'autre part, des aliénés. Mais l'intérêt des malades n'est pas aussi simple qu'il paraît au premier abord. Seules, des personnes ne sachant rien de la médecine peuvent croire qu'il se réduit à la désignation d'un médecin aussi rigoureusement spécialisé que possible,et à la quasi-permanence de ses services. Tous ceux qui ont quelque expérience de l'art délicat, parfois décevant par sa complexité, mais sans cesse en progrès, qu'est la psychiatrie, voudront bien convenir que le premier devoir de l'Etat, légiférant sur les alié-

nés, est d'assurer à ses malades des soins aussi éclairés que possible, en développant au maximum les connaissances psychiatriques.

Ainsi il n'est pas possible de parler de l'intérêt des malades sans songer à l'enseignement, et à cet égard une distinction me semble nécessaire, au point de vue de la situation des médecins, entre les asiles ruraux et ceux qui font partie de l'agglomération d'une grande ville.

Pour les *asiles ruraux*, et qui n'offrent dans leur voisinage aucune ressource au point de vue de l'enseignement médical, il me paraît naturel que les médecins traitants continuent à y résider. La clientèle de campagne, outre la fatigue physique et la perte de temps qu'elle entraîne, procure au médecin plus d'ingéniosité pratique que de véritable expérience et de savoir raisonnné. Les observations qu'elle provoque sont incertaines, parce qu'elles portent sur des malades insuffisamment surveillés, et les diagnostics restent souvent contestables, faute de contrôle. Il est d'autre part infiniment vraisemblable que le plus souvent une telle clientèle ne rapporterait pas au médecin d'asile des avantages matériels suffisants pour compenser une diminution quelconque de son traitement actuel.

Si cette clientèle n'est pas en général recommandable pour le médecin d'asile, il me paraît juste néanmoins, pour des raisons d'ordre général que j'indiquerai plus loin, de ne pas interdire à celui-ci le libre exercice de la médecine. Il convient donc de lui en donner, comme l'a fait la Chambre, la faculté expresse, étant entendu que pour les médecins d'asiles ruraux cette faculté vient simplement s'ajouter aux avantages de divers ordres dont ils bénéficient actuellement.

Quant aux *asiles situés dans l'intérieur ou au voisinage immédiat d'une grande ville*, et avant tout de celles où se trouve une Faculté de médecine, il me semble nécessaire que la majeure partie de leur personnel médical soit extériorisée. Je dis la majeure partie, admettant volontiers que sur trois à cinq médecins que renferme leur cadre, l'un garde à l'asile même son domicile. Ce médecin résidant, qu'il sera toujours facile de désigner, en tenant compte des convenances personnelles, servira, non pas au service de garde, mais à assurer un avis médical dans la surveillance

générale de l'établissement. C'est surtout avec une direction purement administrative que ce médecin résidant aurait sa raison d'être ; avec un directeur-médecin il ferait double emploi.

Tous les autres médecins de l'asile seront.au contraire, dans l'organisation qui me paraît la meilleure, non seulement autorisés, mais invités à loger hors de l'asile, et j'ajoute pourvus dans ce but d'indemnités de logement raisonnables. Ce que je souhaite pour eux, en effet, ce n'est pas la clientèle de quartier,lucrative à force d'efforts absorbants,et, il faut bien le dire, stérilisants — c'est simplement la vie médicale, la fréquentation des milieux médicaux,opposée à la vie administrative qui les attend à l'intérieur des murs de l'asile.

Ce n'est pas pour eux que je souhaite leur extériorisation, c'est pour leurs malades. L'exposé des motifs de la loi et les diverses interventions de M. Dubief au cours de la discussion ont éloquemment démontré que,pour être bon aliéniste,il faut être bon médecin, j'ajoute qu'il faut d'autant plus être avant tout médecin que l'on a charge d'enseigner la psychiatrie. Or l'enseignement de la psychiatrie n'est pas dans notre pays ce qu'il devrait être. Il est à faire, et son avenir ne dépend pas seulement de l'activité de quelques titulaires d'une chaire de clinique mentale ; il est, est-il besoin — d'y insister — dans la constitution de véritables foyers scientifiques, dont la place naturelle se trouve dans ces asiles des grands centres universitaires.

Ces asiles contiennent, en effet,des ressources presque illimitées pour les travailleurs, mais une bonne partie de ces ressources ne peut être exploitée qu'au dehors. Ce sont des recherches histologiques, pour lesquelles nos laboratoires d'asiles sont insuffisamment outillés, et qui pourraient être fructueusement poursuivies dans un laboratoire de la Faculté voisine. Ce sont des recherches de médecine expérimentale, pour lesquelles le conseil général, dont l'éducation n'est pas faite, n'est pas disposé à accorder à l'asile des installations spéciales.

C'est beaucoup plus naturellement encore la simple et banale clinique de l'aliénation, qui, sous peine de végéter dans une tradition chaque jour plus indigente, a besoin d'être éclairée par l'usage de la médecine générale, avertie

par des lectures non exclusivement psychiatriques, par des études de biologie et de médecine.

M. Lefort, député de Rouen, qui a beaucoup soutenu à la Chambre l' « internement » des médecins, a dit qu'il tombait sous le sens que, devenus moins spécialistes, les médecins d'asile seraient des aliénistes inférieurs. Mais M. Lefort est un esprit trop avisé pour ne pas se rendre compte, à la réflexion, que ce qui était vrai autrefois ne l'est plus aujourd'hui.

Heureusement la psychiatrie ne va plus autant à l'aveuglette, le médecin n'y est plus le spectateur impuissant de la souffrance mystérieuse d'une âme inaccessible. Nous dissertons moins sur les qualités de l'esprit, mais nous savons mieux que l'esprit est affecté par les maladies du corps. Si M. Lefort avait plus fréquenté les services où l'on traite les aliénés suivant les méthodes modernes, il n'aurait pu manquer d'être frappé par ce fait que pour apprécier l'état du cerveau, c'est bien souvent à l'ensemble des organes internes ou à certains d'entre eux seulement qu'il faut nous adresser, de même que, pour agir sur lui, ce sont des procédés thérapeutiques détournés qu'il nous faut mettre en œuvre.

Tout cela ne s'apprend pas sans effort, sans conseils et sans guides. Si l'on veut que les médecins de nos asiles le sachent, suffisamment pour le pratiquer dans leurs services, pour donner à leurs élèves l'exemple de cette psychiatrie vivante, il faut qu'ils aient l'occasion de fréquenter les bibliothèques,les laboratoires, les sociétés médicales des villes où ils se trouvent. Or l'expérience est là pour dire que, domiciliés à l'asile même, ils en subiront l'ambiance, quels que soient leur zèle et la sincérité de leur effort. Je ne veux pas dire que, dans cette vie monotone, ils s'abandonneront nécessairement à ce scepticisme un peu indolent que l'on a parfois reproché à quelques-uns de nos collègues. Je crois plutôt que, d'une entière bonne foi, ils se créeront des occupations moins médicales, des devoirs absorbants et pénibles parfois, comme ceux qu'entraîne par exemple une statistique minutieuse, mais qui vaudra moins pour la science qu'une seule observation médicalement étudiée.

Et puis, il n'est même pas besoin, en pareille matière, de procéder par hypothèse, de discuter sur ce qui sera. Le

présent est là pour nous dire de quel côté, en France, se trouve le plus grand nombre des maîtres de la psychiatrie, de ceux qui tirent leur autorité de leurs travaux plus encore que de leurs fonctions. Est-ce parmi les nombreux aliénistes logés, ou parmi le petit nombre de ceux qui ne le sont pas ? Pour prendre un nom, M. le Professeur Régis, qui a tant fait pour cette conception nouvelle de la psychiatrie scientifique, et que l'on s'étonne de trouver parmi les partisans de l'internat des médecins, puisqu'il est un exemple si éclatant des avantages de la situation inverse, est-il logé ? Sont-ils logés, les autres professeurs de clinique mentale ?

Je sais bien que l'on me répondra que ce sont là des professeurs de clinique, et que, pour la plupart ils n'appartiennent pas au cadre des asiles. Mais qui dirait que cette situation ne changera pas ? Qui ne souhaiterait de voir les chaires de clinique mentale occupées toutes par des médecins du cadre ? Qui donc pourrait considérer comme une chose désirable qu'il y ait en France deux psychiatries : celle du ministère de l'instruction publique, et celle du ministère de l'intérieur ?

En réalité, il faut coordonner les efforts. Pour vivre, pour avoir autour d'elles l'émulation nécessaire,à plus forte raison pour être entourées d'un certain prestige, nos chaires de psychiatrie ne doivent pas faire contraste avec les services d'aliénés des villes où elles se trouvent. Elles ont tout à gagner à ce que les titulaires de ces services soient des aliénistes de valeur, et si possible des savants. Ce qu'il faut souhaiter, pour l'instruction des élèves et pour le bien des aliénés, c'est que des services de Faculté aux services départementaux voisins, se fasse un échange incessant de documents, d'observations, de malades, c'est qu'il existe une collaboration scientifique de tous les instants, facilitée par la confraternité cordiale qui unit naturellement les médecins issus d'un concours commun.

Tout le monde trouvera son compte à un tel état de choses ; les chaires de psychiatrie y recruteront leurs titulaires, parmi des médecins d'asile ayant conquis l'agrégation. Et pour ceux des médecins du cadre que ne tentera pas l'enseignement, ce n'est pas seulement une juste renommée que leur vaudront leurs travaux, mais aussi, si l'on s'en

rapporte à une circulaire de M. Clémenceau, certains avantages pour l'avancement.

Il ne faut véritablement pas s'arrêter à l'argument par lequel on affecte de craindre que des médecins non logés n'apportent pas dans leur service une assiduité suffisante. Pour assurer la régularité des fonctions, il y a des autorités — et du reste, en dehors de l'exemple déjà réalisé des professeurs de cliniques, n'avons nous pas les titulaires des quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière et de divers services de province ?

Craint-on que ces médecins d'asile extériorisés ne se laissent absorber par la clientèle générale plutôt que par des travaux scientifiques ? Nous n'avons à cet égard aucune illusion ; nous savons tous que, pour un malade, c'est une tare que d'être soigné par un aliéniste. Leur clientèle sera donc fatalement réduite à des nerveux et des aliénés ; pour la plupart d'entre eux elle sera plus une occasion de s'instruire qu'une source de bénéfices importants, et il me paraît dès lors peu légitime,de la part du législateur,d'escompter cette clientèle sous forme de réduction notable du traitement.

C'est ici que l'on vient nous dire—et l'argument part tout aussi bien des rangs des aliénistes « libres » que de ceux de nos collègues du cadre — : « Mais puisque vous n'avez pas grand'chose à espérer de cette clientèle, refusez donc ce droit nouveau que l'on vous présente comme une faveur. Restez dans vos asiles, ne vous occupez pas des malades de la ville, ne donnez jamais de consultations ».

Que les aliénistes « libres » se rassurent, la clientèle, je viens de le dire, ne peut être à tous égards pour nous qu'un accessoire. Mais il me semble qu'il y a des raisons de loyauté à nous attribuer légalement le droit à l'exercice. Voilà des hommes auxquels l'État reconnaît, par l'intermédiaire des juges qui leur confient des expertises,une capacité professionnelle spéciale. Il est d'autre part censé avoir pris, dans le concours qui leur ouvre la carrière des asiles, toutes les garanties désirables pour que ces aliénistes soient les meilleurs, en théorie tout au moins. Comment pourrait-il, leur devoir de fonctionnaires une fois accompli, les empêcher de répondre à une demande de conseils,de donner une consultation ? De fait, je ne sache pas que certains de nos collè

gues aient été mis administrativement dans l'impossibilité de donner jamais de tels avis.

Je ne crois pas non plus qu'aucun des législateurs disposés à nous refuser le droit d'exercer hésiterait, le cas échéant, à auppeler après de l'un des siens le médecin des asiles dont la renommée lui inspirerait confiance.

Dès lors, puisqu'il n'est pas juste d'interdire, pourquoi hésiter à donner l'autorisation expresse ?

Certains ont proposé de restreindre l'exercice de la médecine à la pratique de la psychiatrie. Mais outre l'impossibilité absolue des sanctions, qui ne voit que, pour les malades de la ville comme pour ceux de l'asile, la psychiatrie n'est qu'une partie de la médecine générale, et ne peut être exercée sans l'expérience de celle-ci ?

Ces raisons, qui me paraissent plaider en faveur du libre exercice de la médecine par les médecins d'asile, acquièrent toute leur valeur dans le cas des asiles de grande ville que j'ai surtout envisagé. Mais le médecin de l'asile rural, même s'il n'use pas du droit d'exercer (et j'ai dit que la clientèle ne me semblait pas indiquée pour lui) a tout avantage à être en possession de ce droit, d'abord parce qu'il représente pour lui la seule solution franche, et aussi peut-être parce qu'il peut contribuer à lui rappeler le caractère particulier de ses fonctions.

Je me permets d'y insister en terminant : le devoir du médecin d'asile est d'être avant tout *médecin*. Il se ferait certainement une idée fâcheuse de son rôle s'il le concevait un peu dans la manière de celui d'un archiviste ou d'un chef de division de préfecture. On voit encore parfois, dans l'armée, quelques-uns de nos confrères qui croient devoir être plus militaires que médecins, Leurs goûts personnels, et aussi le désir de s'assurer au maximum la considération des officiers les poussent à exagérer dans leur tenue, leurs préoccupations et leurs propos ce qui n'est que l'indice de leur affectation spéciale et non l'exercice de leur profession. Chacun sait qu'ils ne gagnent rien à ces efforts et que chaque fois qu'ils sont trop militaires, ils se diminuent comme médecins. Ce travers est commun à bien des situations administratives, qui appellent à collaborer des hommes diversement spécialisés.

On raconte qu'il a existé autrefois dans nos asiles, et que

la monotonie d'une existence réglée comme celle d'un bureaucrate, l'indifférence absolue de l'administration supérieure d'alors à tout ce qui était recherche scientifique ou même pratique médicale, avaient doucement poussé certains aliénistes à se croire bons fonctionnaires parce qu'ils n'étaient plus médecins.

Ce temps est loin heureusement, je suis trop jeune pour l'avoir connu, mais craignons toujours qu'il ne revienne. Nous avons la certitude d'être compris des législateurs et des quelques hautes personnalités qui, au ministère, ont la garde de la psychiatrie française. N'hésitons donc pas à leur dire une fois de plus que les aliénés ont besoin, avant leur internement, de médecins suffisamment familiarisés avec les maladies mentales pour pouvoir rédiger d'une manière à peu près convenable le rapport détaillé que la nouvelle loi exige.

Les aliénés ont en outre besoin, une fois à l'asile, d'être médicalement traités. L'éducation psychiatrique des praticiens du dehors et la thérapeutique scientifique de l'aliénation découlent l'une et l'autre des connaissances médicales des médecins d'asile et de l'esprit dont ils seront animés. Il ne dépend pas d'eux seulement d'avoir ces connaissances et cet esprit. Il faut leur en fournir les moyens.

En leur permettant le libre exercice de la médecine, en admettant qu'ils fussent mêlés à la vie médicale du dehors, ce qui dans ma pensée s'applique surtout aux asiles de grandes villes, la loi nouvelle marquait des intentions généreuses et un sens avisé du progrès.

Le médecin dont elle était l'œuvre ne se dissimulait certainement pas les difficultés de détail, mais il avait vu plus loin. Aussi, quand tant de nos collègues, s'arrêtant seulement à ces difficultés, critiquent si sévèrement, non point tant l'insuffisance des avantages prévus pour eux, ce qui serait entièrement légitime, que le principe même de leur sortie de l'asile, j'ai quelque étonnement, et un peu de regret aussi.

Projet de loi.

Ayant pour objet la création de classes de perfectionnement annexées aux écoles élémentaires publiques et d'écoles autonomes de perfectionnement pour les enfants anormaux.

Présenté au nom de M. Armand FALLIÈRES, président de la République française, par M. CLÉMENCEAU, Président du conseil, ministre de l'intérieur, par M. Aristide BRIAND ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, et par M. CAILLAUX, ministre des finances.

Messieurs,

La loi du 28 mars 1882 déclare que l'instruction primaire est obligatoire pour les enfants des deux sexes âgés de six ans révolus, et elle stipule qu'un règlement déterminera les moyens d'assurer l'instruction primaire aux enfants sourds-muets et aux aveugles. Une commission nommée à cette époque examina les documents statistiques concernant les jeunes sourds-muets et aveugles qui lui furent soumis par le Ministre de l'Intérieur et elle estima que le nombre de ces enfants restant privés de toute instruction était insignifiant. Par suite, il parut alors au Gouvernement qu'en fait les prescriptions légales étaient réalisées et qu'il suffirait d'accroître au besoin le nombre des bourses accordées dans les établissements spéciaux où les jeunes sourds-muets et aveugles peuvent recevoir l'enseignement.

La question ayant été reprise en 1904, une Commission fut constituée sous la présidence de M. Léon Bourgeois, sénateur, à l'effet d'étudier les moyens à employer pour assurer l'instruction primaire non seulement aux aveugles et aux sourds-muets, mais, d'une manière générale, à tous les enfants anormaux et arriérés.

D'une statistique dressée au début de 1905, il semble résulter que le nombre des enfants aveugles et sourds-muets qui ne fréquentaient ni les écoles publiques, ni les écoles privées et qui n'ont pas été recueillis dans les établissements hospitaliers s'élèverait à 1.200 environ. Si ce chiffre est exact, il est nécessaire de faire un sérieux effort, mais le Parlement l'a rendu possible par l'insertion d'un article (1) dans la loi des finances du 17 avril 1906 (2), aussi l'entente entre les

(1) Article 82.

(2) Seront imputées sur ce crédit (chap. 97 du budget du Ministère de l'Instruction publique. Créations d'écoles et d'emplois dans les écoles élémentaires publiques, 1.125.000 fr.) les créations d'écoles et de classes publiques destinées à donner aux enfants sourds-muets

Administrations de l'Intérieur et de l'Instruction publique va-t-elle s'établir sur les bases que paraît avoir approuvées le Parlement ; les questions concernant les sourds-muets et les aveugles continueront à relever, au point de vue administratif, du Ministère de l'Intérieur, mais les instituteurs, chargés de l'enseignement dans les nouveaux emplois, seront détachés des cadres de l'Instruction publique et rétribués sur les crédits de cette administration.

Toutefois, à côté des sourds-muets et des aveugles, il existe une autre catégorie d'enfants anormaux ; ce sont les enfants qui ne sont, il est vrai, privés d'aucun sens (vue, ouïe), mais qui ne s'en trouvent pas moins, au point de vue intellectuel ou moral, hors des conditions normales qui permettent de recevoir l'enseignement en commun. Les prescriptions de la loi de 1882 ne leur sont pas appliquées, ils ne suivent les classes ni des écoles publiques, ni des écoles privées ou, s'ils sont inscrits et parfois présents dans les écoles primaires publiques, ils ne tirent pour ainsi dire aucun bénéfice de leur scolarité ; ils restent presque tous pendant leur existence une charge pour la collectivité.

C'est d'eux spécialement que s'est préoccupée pendant l'année 1905 la Commission dont il a été parlé plus haut ; leur nombre est considérable, il paraît atteindre 20.000 et il à remarquer qu'on n'a pas compris dans ce nombre les enfants que la Commission a rangés sous le titre d'anormaux *médicaux* (idiots, crétins, imbéciles, épileptiques, hystériques, choréiques, paralytiques, hémiplégiques, etc...) qui ne peuvent être soignés et éduqués collectivement que sous la responsabilité du médecin et dont le plus grand nombre est et restera hors d'état d'acquérir une véritable instruction.

Si ces anormaux *médicaux* doivent rester dans le domaine de l'Assistance publique, comme ils le sont aujourd'hui, pour une part du moins, il n'en est certainement pas de même des enfants arriérés et des instables. Les arriérés, sont, il est vrai, en état de débilité mentale, ils ne possèdent qu'une intelligence ou qu'une responsabilité atténuée qui ne leur permettent pas d'acquérir à l'école commune et par les méthodes ordinaires de l'enseignement la moyenne d'instruction primaire que reçoivent les autres élèves, mais, avec une éducation spéciale, un enseignement approprié à leurs facultés, on

et aveugles l'instruction obligatoire prévue par la loi du 28 mars 1882. Les traitements et suppléments de traitements dus aux instituteurs et institutrices attachés à ces établissements sont à la charge de l'Etat dans les conditions déterminées par les lois des 19 juillet 1889 et 25 juillet 1893.

pourrait le plus souvent les mettre en état de ne pas être, durant leur vie d'adulte une charge pour la société.

Il en est de même des instables, c'est-à-dire des enfants affectés d'une incohérence de caractère, d'un manque d'équilibre mental qui leur rendent insupportable la discipline générale et qui nécessitent leur éloignement de l'école publique.

C'est pour cette population de 20,000 enfants qu'il y a lieu d'organiser des établissements spéciaux, si les prescriptions de la loi du 28 mars 1882, instituant l'obligation de l'instruction, *ne doivent pas rester lettre morte* à leur égard.

Malheureusement, la législation actuelle de l'enseignement primaire ne permet pas à l'Etat de fonder, soit seul, soit avec le concours des communes et des départements, des écoles spéciales aux enfants arriérés et instables. Ces écoles, en effet, devront avoir un internat avec des bâtiments assez considérables, des maîtres et maîtresses possédant une instruction spéciale que constatera un diplôme particulier, enfin une population scolaire âgée de six à seize ou dix-sept ans.

Or, en ce qui concerne les frais de première installation, la loi de 1885 ne permettrait pas à l'Etat la participation aux dépenses pour les établissements fondés par les départements, la loi n'ayant visé que les écoles primaires élémentaires et les écoles primaires supérieures, c'est-à-dire des établissements fondés par les communes. Cependant, il est à présumer que c'est auprès des Conseils généraux que l'on aurait le plus de chances de trouver des concours efficaces, si l'Etat leur faisait connaître qu'il est disposé à les aider dans les dépenses d'installation ; les assemblées départementales, assurées du concours de l'Etat, ne refuseraient sans doute pas d'organiser des établissements où serait reçue une population appartenant à tous les arrondissements, à toutes les communes du département.

Il est à remarquer, d'autre part, que si, comme il y a lieu de l'espérer, des agglomérations importantes, des communes peuplées, des villes populeuses sont disposées, elles aussi, à créer des établissements spéciaux, elles demanderont la participation de l'Etat ; mais cette participation serait nulle, si le Parlement n'autorisait pas une dérogation aux prescriptions de la loi de 1885 et des tableaux annexes.

Cette loi, en effet, n'a eu en vue que des écoles dans lesquelles le service du pensionnat n'existe pas ou n'a que peu d'importance ; c'est dans ces conditions qu'elle a fixé les maxima de dépense pouvant entrer en ligne de compte pour la participation de l'Etat ; enfin elle n'a prévu ni l'installation d'ateliers, ni l'acquisition de jardins et de champs,

d'outils, etc., elle a même interdit toute participation du Trésor dans le cas où la valeur du centime communal dépasse 6,000 francs. Or, il y a quarante villes en France dont le centime a une valeur supérieure à 6.000 francs, et il est évident que c'est à peu près exclusivement auprès de ces quarante villes que des démarches auraient des chances de succès si l'Etat pouvait promettre de participer aux frais de première installation.

D'autre part, il est évident que le personnel de la direction de l'enseignement et de la surveillance des écoles destinées aux arriérés devra être choisi avec un soin particulier, qu'un apprentissage spécial est nécessaire, qu'un stage dans un établissement où se trouvent déjà réunis des anormaux devra être imposé, qu'à une population scolaire toute particulière devra correspondre un corps d'instituteurs et d'institutrices préparés aux méthodes et aux procédés qui conviennent à cette catégorie d'enfants.

Certes, le nombre et le dévouement des fonctionnaires de l'enseignement primaire permettent d'affirmer que les maîtres et maîtresses ne feront pas défaut pour les nouvelles écoles, encore faut-il, sinon les encourager à se consacrer à l'œuvre dont il s'agit, du moins leur tenir compte de la préparation spéciale qui sera exigée et du temps de service considérable qui leur sera demandé chaque semaine, les arriérés devant être placés le plus longtemps possible sous la direction quotidienne du maître. Comme les émoluments des fonctionnaires de l'enseignement primaire ont été fixés par la loi, toute augmentation doit être autorisée par une loi.

Nous ferons remarquer enfin que les lois en vigueur ne visent évidemment que les enfants normaux et que le législateur doit prendre une décision nouvelle concernant la scolarité des arriérés ; si, comme pour les élèves de nos écoles publiques, la scolarité des arriérés devait prendre fin à treize ans, elle serait notoirement insuffisante pour la plupart d'entre eux ; d'un autre côté, la loi seule peut indiquer par quel procédé, sous réserve de quelles garanties, les arriérés qui ne peuvent suivre les classes des écoles ordinaires seront envoyés, admis aux classes spéciales.

Il est donc indispensable de légiférer en la matière et le présent projet a pour objet de déterminer la nature des établissements à fonder, les conditions dans lesquelles les constructions seront élevées ou appropriées, le mode de *recrutement et de fonctionnement des écoles nouvelles.*

Conformément à l'avis exprimé par la Commission d'études constituée ainsi qu'il a été dit plus haut, il nous a paru

qu'il y aurait lieu d'organiser sous le nom d'*écoles de perfectionnement*, deux types d'établissements, savoir :

1° *Des classes spéciales* qui seraient annexées aux écoles ordinaires publiques ; 2° des *écoles spéciales* avec plusieurs classes, un internat et un demi-pensionnat.

Le principal avantage des *classes spéciales* annexées aux écoles ordinaires est de n'exiger qu'un minimum de frais d'organisation et, par suite, de permettre leur multiplication dans les centres de population où elles seront jugées utiles, de manière à ne pas éloigner les enfants du domicile des parents.

L'Etat payerait les traitements des nouveaux maîtres dans les conditions ordinaires, par prélèvement sur les crédits votés annuellement par le Parlement pour créations d'écoles et d'emplois. Quant aux indemnités de résidence et au logement ou à l'indemnité représentative, ils seraient, comme d'ordinaire, à la charge des communes.

Pour les dépenses de première installation (bâtiments, mobilier, etc.), elles seraient très peu importantes lorsque le groupe scolaire laissera une classe disponible. On ne se dissimule d'ailleurs pas les inconvénients que présenteront, dans certains cas, ces créations.

En réunissant, dans un même local, sous la direction d'un seul maître, tous les enfants anormaux de l'école et même de la ville, c'est-à-dire des enfants qui n'ont ni le même âge (il peut varier de six à treize ans) ni le même degré d'instruction, on opère une réunion regrettable au point de vue pédagogique et on rend l'enseignement collectif bien difficile.

D'autre part, on signale les anormaux à l'attention et — on peut du moins le craindre — aux moqueries, à l'hostilité, même des enfants normaux de la même école ; on augmente les souffrances des arriérés et de leurs parents.

A un autre point de vue, on doit prévoir qu'on ne retirera pas d'une semblable organisation tous les avantages qu'on peut attendre de la spécialisation des maîtres et de l'adoption de procédés particuliers, car :

1° Les maîtres chargés d'instruire cette population spéciale se trouveront un peu isolés, ils ne pourront échanger avec des collègues chargés de fonctions identiques ou analogues, leurs vues et leurs idées ; ils seront privés de l'expérience, des conseils, des avis des directeurs spéciaux et des maîtres plus âgés ;

2° Les élèves, si on leur appliquait le régime commun de l'externat, ne viendraient pas en classe le jeudi et ne passeraient que trente heures par semaine à l'école, or, une aussi large liberté est dangereuse pour certains sujets, surtout

dans certaines régions en raison de leur état de débilité et d'instabilité.

On pourra toutefois, trouver les moyens de supprimer une partie de ces inconvénients : on exigera — si cela paraît nécessaire — que la classe annexée à l'école communale ait une entrée particulière, une cour distincte, un préau spécial, que les heures d'entrée et de sortie soient différentes des heures réglementaires de l'école, que la durée de la scolarité hebdomadaire soit plus grande, que des études surveillées, des récréations spéciales, des jeux soient organisés avec l'assentiment des parents et le concours financier des communes; enfin les maîtres pourront être de temps en temps réunis dans une école de perfectionnement de la région pour y recevoir les conseils et les directions indispensables.

Sous réserve d'un ensemble de mesures ainsi appropriées au but poursuivi, il semble bon de prévoir et d'encourager la création, pour l'éducation des anormaux, d'un organisme aussi simple que la *classe spéciale* annexée à l'école primaire communale.

L'*Ecole spéciale* de perfectionnement avec internat et demi pensionnat, tel est le second type de perfectionnement qu'on se propose d'organiser et celui dont l'adoption paraît indispensable. En fondant ces écoles de perfectionnement, les communes, les départements et l'Etat assumeraient des charges qui dépassent les obligations que la loi scolaire détermine ; aussi ne s'agirait-il pas d'imposer une obligation, on réglementerait le fonctionnement d'établissements facultatifs dont la création serait autorisée par le législateur, ainsi qu'il l'a fait pour les écoles primaires supérieures et les collèges communaux de garçons et de filles.

Les *écoles spéciales* recevraient, outre les externes et les demi-pensionnaires de la région, des internes dont les familles habitent loin de toute classe spéciale, puis, les enfants gravement malades atteints dans leurs fonctions intellectuelles et morales qui ont besoin d'une éducation, d'un dressage continus, enfin ceux qu'il est utile d'enlever à un milieu familial dangereux (absence complète de surveillance, mauvais exemples,indignité des parents, familles névropathiques, etc.)

Dans les écoles spéciales de perfectionnement, on pourrait conserver les enfants pendant 2, 3 ou même 4 ans au-delà de l'âge ordinaire de la scolarité (6 à 13 ans), afin de leur donner des connaissances professionnelles telles qu'ils ne deviennent pas une charge pour la société, et surtout qu'ils ne soient pas entraînés à prendre rang dans la catégorie des nuisibles et des criminels.

Il est désirable que le plus grand nombre des écoles de per-

fectionnement soit établi à la campagne et c'est dans ce sens que seraient conduites toutes les négociations de l'Administration de l'Instruction publique avec les départements et les communes.

En ce qui concerne les dépenses de l'Etat, elles seraient limitées, comme pour les écoles primaires supérieures et les collèges, par les crédits que le Parlement mettrait chaque année à la disposition du Ministre de l'Instruction publique, aux chapitres des constructions scolaires et des créations d'écoles et d'emplois.

En résumé, l'adoption des propositions que nous présentons à votre examen permettrait de faire observer les prescriptions de la loi de 1882 sur l'obligation de l'enseignement primaire ; il n'y aurait plus exclusion des bienfaits de l'instruction pour les enfants arriérés ou instables, c'est-à-dire pour ceux dont l'intelligence lente ou incomplète ne peut s'accommoder de la discipline et des programmes des écoles primaires publiques, c'est-à-dire pour ceux-là même qui en ont peut-être le plus besoin. En ne traitant plus ces enfants comme des incurables, en leur donnant, dans leur propre intérêt, comme dans l'intérêt de la collectivité, une éducation appropriée à leurs facultés, la République fera un nouveau pas en avant dans l'accomplissement de son devoir social.

PROJET DE LOI

Le Président de la République française, décrète : Le projet de loi dont la teneur suit sera présenté à la Chambre des Députés par le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur, par le Ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes, et par le Ministre des Finances, qui sont chargés d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion :

Article premier. — Sur la demande des communes et des départements peuvent être créées pour les enfants anormaux, arriérés et instables des deux sexes : 1° Des classes de perfectionnement annexées aux écoles élémentaires publiques ; 2° Des écoles autonomes de perfectionnement qui pourront comprendre un demi-pensionnat et un internat. Les écoles autonomes et les classes annexées sont mises au nombre des établissements d'enseignement primaire public.

Art. 2. — Les classes annexées recevront les enfants de 6 à 13 ans. Les écoles autonomes pourront en outre continuer la scolarité jusqu'à 16 ans, donnant à la fois l'instruction primaire et l'enseignement professionnel. Les élèves des classes annexées qui, vers 13 ans, seront reconnus incapables d'ap-

prendre une profession au dehors pourront être reçus dans les écoles autonomes. Les enfants trop gravement atteints pour que leur éducation puisse se faire dans la famille suivront de préférence le régime de l'internat.

Art. 3. — Dans aucune classe de perfectionnement, ne seront admis des enfants de sexes différents.

Les écoles autonomes pourront grouper sous une même direction deux sections différentes, l'une de garçons, l'autre de filles.

Art. 4. — La subvention accordée par l'Etat pour les dépenses de première installation, d'appropriation, et d'agrandissement sera fixée dans les proportions déterminées par l'article 7 de la loi du 20 juin 1885. Les travaux devront être exécutés conformément aux plans approuvés par le Ministre de l'Instruction publique et régulièrement reçus.

Art. 5. — Les dépenses ordinaires des écoles de perfectionnement et des classes annexées sont supportées par les communes et départements fondateurs sous déduction des subventions accordées par d'autres départements et communes. Les dépenses de l'enseignement sont à la charge de l'Etat dans les conditions prévues pour les écoles primaires élémentaires et supérieures.

Art. 6. — Une école de perfectionnement peut être fondée par une commune sur le territoire d'une autre commune après accord des communes intéressées. Dans le cas où l'école autonome de perfectionnement n'est pas située dans le même département ou dans la même commune que l'Administration départementale ou communale qui l'a fondée, les autorités compétentes pour exercer les attributions leur appartenant en exécution des lois scolaires sont, sous réserve, de l'article 11 ci-après, les autorités du département ou de la commune où siège ladite administration.

Art. 7. — Les directeurs et directrices, maîtres et maîtresses, appelés à exercer dans les écoles de perfectionnement et dans les classes annexées, jouissent des mêmes droits et avantages que les fonctionnaires des écoles élémentaires publiques. Les fonctions de surveillants et surveillantes dans les internats peuvent leur être confiées. Les directeurs et directrices sont nommés par le Ministre. Les instituteurs et institutrices chargés de classe sont proposés par l'inspecteur d'académie et nommés par le Préfet ; ils doivent être choisis de préférence parmi les candidats pourvus du diplôme spécial créé pour l'enseignement des arriérés. Les surveillants et surveillantes sont proposés par le chef de l'établissement et nommés par le Préfet.

Art. 8. — En sus des émoluments légaux, le personnel des

écoles de perfectionnement et des classes annexées recevra des indemnités ou des avantages en nature, à raison du service supplémentaire qui lui sera imparti. Ceux qui justifieront du diplôme spécial créé pour l'enseignement des arriérés recevront un supplément de traitement de 300 francs soumis à retenues pour la retraite pendant qu'ils exerceront dans les écoles de perfectionnement ou les classes annexées.

Art. 9. — La décision ministérielle portant création de la classe annexée ou de l'école autonome déterminera pour chacune d'elles les conditions spéciales de son organisation et de son fonctionnement, notamment : 1° Le nombre maximum d'élèves à admettre dans chaque division ; 2° Le nombre hebdomadaire de jours d'enseignement, la durée des classes et des exercices quotidiens ; 3° Les conditions dans lesquelles des institutrices pourront être attachées aux diverses classes et sections de l'établissement.

Art. 10. — Les internats et demi-pensionnats des écoles de perfectionnement peuvent être administrés en régie directe au compte du directeur ou de la directrice en vertu d'un traité par lequel la gestion est remise au chef de l'étasement qui s'en charge à ses risques et périls. Les traités ne sont exécutoires qu'après avoir été approuvés par le Ministre de l'Instruction publique sur l'avis préalable des Préfets ; il en est de même des modifications des traités . Les tarifs maxima exigibles des familles et des fondations de bourses pour les frais de pension et demi-pension dans chaque établissement sont fixés par le Ministre de l'Instruction publique sur la proposition du Conseil général ou du Conseil mu nicipal, après avis du Préfet.

Art. 11. — Les classes et écoles de perfectionnement seront soumises : 1° A l'inspection exercée dans les conditions prévues par l'article 9 de la loi 30 octobre 1886 ; 2° A une inspection médicale organisée par la commune fondatrice ou le département fondateur. Elle portera sur chacun des enfants qui seront examinés au moins chaque semestre. Les observations seront consignées sur un livret scolaire et sanitaire individuel.

Art. 12. — Une Commission composée de l'inspecteur primaire, d'un directeur ou maître d'une école de perfectionnement et d'un médecin, déterminera quels sont les enfants qui ne peuvent être admis ou maintenus dans les écoles primaires publiques et pourra autoriser leur admission dans une classe annexée ou dans une école de perfectionnement si l'enseignement ne doit pas leur être donné dans la famille.
Un représentant de la famille sera toujours invité à assister à l'examen de l'enfant.

Art. 13. — Un comité de patronage sera constitué auprès de chaque école de perfectionnement. Les membres seront nommés par le Ministre de l'Instruction publique après avis du Préfet, et, si l'Etablissement est communal, après avis du maire. Des dames en feront nécessairement partie. Un Conseil d'administration nommé par le Conseil municipal, si l'établissement est communal, ou par le Conseil général si l'établissement est départemental, sera institué auprès de chaque école de perfectionnement, il comprendra toujours un représentant du Préfet du département dans lequel est situé l'établissement et au moins un médecin.

Art. 14.— Des décrets et arrêtés rendus après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique, détermineront la nature du programme d'enseignement et les conditions du certificat spécial.

Art. 15. — Il sera statué par des règlements d'administration publique sur les conditions dans lesquelles : 1° Seront rétribués les maîtres auxiliaires, chefs de travaux et maîtres ouvriers, employés dans les écoles de perfectionnement et classes annexées ; 2° Les employés et agents inférieurs des écoles de perfectionnement et des internats seront astreints à la possession d'un livret de la caisse nationale de la vieillesse et à des versements réguliers.

Art. 16. — Les dispositions précitées, concernant la subvention de l'Etat pour constructions d'écoles à l'usage des enfants anormaux et le recrutement des maîtres chargés de cet enseignement s'appliquent aux établissements de sourds-muets et d'aveugles dépendant exclusivement du Ministère de l'Intérieur et aux maîtres détachés dans ces établissements. Fait à Paris, le 7 juin 1907. *Signé.* A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République :

Le Président du Conseil,
Ministre de l'Intérieur,
Signé : G. CLÉMENCEAU,

Le Ministre de l'Instruction publique
des Beaux-Arts et des Cultes,

Signé : A. BRIAND.

Le Ministre des Finances.

Signé : J. CAILLAUX.

RECUEIL DE FAITS

Eschares de la région sacrée et méningite cérébro-spinale purulente ;

Par le Dr D. PACHANTONI

(Clinique psychiatrique de Genève)

Parmi les complications fréquentes des maladies cachectisantes et qui confinent longtemps le malade au lit, on a avec raison signalé les eschares de la région sacrée. L'influence du système nerveux sur les échanges nutritifs ne s'exerce plus que d'une façon très défectueuse ; partant les tissus deviennent plus vulnérables et leur force de régénération est presque annulée. La pression du corps sur les points qui lui servent d'appui dans le décubitus dorsal suffit pour que ces parties se meurtrissent, se sphacèlent et donnent naissance à de larges ulcères qui souvent se produisent avec une rapidité incroyable. Il n'est même pas rare de constater la nécrose d'abord dans la profondeur des tissus et de la voir s'acheminer vers la surface non encore lésée de façon apparente. Ces plaies parfois très profondes, si difficiles à garder propres et si rebelles à tout traitement, sont généralement d'un pronostic fatal ; elles enlèvent le malade par l'infection générale à laquelle elles servent de porte d'entrée. On sait que Gudden les attribua exclusivement au manque de soins (propreté, changement de position, etc.) et il est certain que sa campagne eut pour heureux résultat que l'on s'occupa de façon beaucoup plus soigneuse de cette catégorie de malades. Cependant l'affirmation de Gudden est trop péremptoire ; nous savons aujourd'hui que, par exemple chez les paralytiques généraux et les myélitiques, les eschares peuvent se produire en dépit des précautions les plus exactes.

Il est beaucoup plus rare que les eschares deviennent une source d'infection directe du système nerveux. Diffé-

rents auteurs signalent ce mode d'étiologie de la méningite purulente. Nous nous permettons d'en donner un exemple pour en discuter quelques points.

Il s'agit d'un paralytique général, âgé de 45 ans, qui avait acquis la syphilis au moins 10 ans auparavant. Il est entré à Bel-Air le 29 novembre 1904. Bien que très dément, il était encore suffisamment orienté. Les réflexes étaient presque abolis, la démarche lente et titubante. Gâtisme. — Environ deux semaines après son entrée, on remarque la formation de nécroses dans la profondeur de la région sacrée et, quinze jours plus tard, les téguments étaient exulcérés ; il en sortait du pus en quantité incroyable. A cette époque, X... pouvait encore marcher et se mouvoir dans son lit. Dès lors, il passa les journées au bain, couché sur un drap tendu au travers de la baignoire. Exitus en état de marasme le 26 février 1905.

L'autopsie nous réservait une surprise. Poids du cerveau avec méninges 1470 gr. Dure-mère assez tendue. La fosse cérébrale postérieure et la selle turcique sont couvertes de pus jaune grisâtre répandant une odeur infecte. Aux endroits correspondants la pie-mère était imbibée de matières purulentes et soudée à la dure-mère par de nombreux filets. Contrairement à ce que l'on trouve habituellement chez les paralytiques généraux, les circonvolutions n'étaient pas séparées par de larges sillons ; le cerveau faisait l'impression d'une balle élastique bien tendue. Les ventricules contenaient un liquide trouble ; la surface des ganglions de la base était veloutée.

Après durcissement, le diagnostic de paralysie générale fut confirmé par l'examen microscopique. La méningite purulente était restée avant tout superficielle et limitée aux endroits indiqués plus haut. Les ventricules étaient passablement dilatés ; au pourtour du ventricule latéral, la substance blanche était semée de petites vacuoles analogues à celles que l'on rencontre dans les cerveaux comprimés. Il y avait aussi de petites hémorrhagies.

Des coupes faites à différentes hauteurs de la moelle, toutes portent des amas purulents, mais les fibres nerveuses ne sont pas détruites ou même seulement altérées de façon constatable par les colorations Weiget-Pal et carmin. Les cordons postérieurs ne sont pas sclérosés. A la cauda equina, les faisceaux nerveux sont soudés par des masses de pus, mais à mesure que la moelle se forme, le processus inflammatoire se limite à l'espace sis entre la dure-mère et la substance nerveuse avec prédominance postérieure. La dure-mère est aussi infiltrée ; on trouve même des traces de péripachyméningite.

A défaut d'altérations tabétiques dans la moelle, pour expli-

quer l'abolition des réflexes patellaires, il faut supposer que les ganglions intervertébraux ou les nerfs périphériques étaient lésés. Il est regrettable que ces parties du système nerveux n'aient pas été conservées. Ces lésions facilitèrent sans doute la production des escharres à une époque où le malade n'était pas encore trop gâteux et se mouvait assez facilement. La forme spéciale de celles-ci : grande étendue dans la profondeur, petites ouvertures, conduisit à une forte rétention du pus. Le poids du corps refoula les matières infectieuses le long des faisceaux nerveux et jusque dans le canal vertébral.

Deux points méritent encore d'être mentionnés : 1° La tente du cervelet arrêta la marche de la méningite, qui ne put se propager qu'à la base. 2° Le passage de l'infection par l'aqueduc de Sylvius dans les cavités ventriculaires, d'où résulta un hydrocéphalus actif. Les altérations des scissures, des ventricules et de la substance blanche qui les entoure étaient analogues à celles que l'on rencontre dans les cas de tumeurs, d'empyème ventriculaire, etc.

Il n'est donc point question ici d'un hydrocéphalus *ex vacuo*. Bien des points de cette observation sont incomplets ; on croit quelquefois pouvoir s'occuper moins d'une « banale paralysie » ; à tort comme on le voit.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

XVIII. — **Ist die Kreuzung des Trochlearis eine totale oder partielle? (L'entrecroisement du tr. est-il total ou p. ?)** ; par L. Bach, de Marburg, (*Ctrbl. f. Nervenh. u. Psych.*, XXIX, f. 204, p. 16 à 18 1er janvier 1906.)

B. avait affirmé que, chez le lapin, le chat, le singe, une petite partie des fibres ne se rend pas dans le voile médullaire antérieur où à lieu l'entrecroisement, que ces fibres se dirigent en bas et en avant pour aller probablement se mêler aux faisceaux de l'oculomoteur (III). Cette opinion, contredite par Bernheimer, fut confirmée par Siemerling et Bœdeker, qui démontrèrent, en outre, que l'extrémité supérieure du noyau du IV est en rapport étroit avec le III ; ils constatèrent la lésion des deux noyaux du IV dans des cas de paralysie unilatérale du grand oblique ; ils admirent enfin que

dans le voile médullaire le croisement est vraisemblablement total. D'après de nouvelles recherches sur l'homme, le singe, le chat, le lapin, le rat, B. confirme de nouveau ce dernier point, en notant aussi que les fibres formant le tronc qui subit l'entrecroisement total proviennent surtout de l'extrémité inférieure du noyau du IV ; que l'extrémité supérieure a « des rapports étroits et faciles à constater avec le noyau du III ; enfin, que de chaque noyau du IV naissent des fibres qui se dirigent d'arrière en avant entre les faisceaux de la bandelette longitudinale postérieure et dans l'espace compris entre les bandelettes des deux côtés. Ch. B.

XIX. — **Ueber das Verhalten der motorischen Kerngebiete nach laesion der peripheren Nerven und über die physiologische Bedeutung der Edinger-Westphal'schen Kerne ? Que deviennent les noyaux moteurs apres lésion des n. pér., et sur le rôle des noyaux d'E. W.** ; par L. Bach, de Marburg, (*Ctrbl. f. Nervenh u. Psych.*, XXIX, f. 207, p. 140 à 150, 15 fév. 1906.)

B. rappelle que la destruction du territoire périphérique d'un nerf moteur peut n'avoir aucun effet sur les cellules du noyau de ce nerf ; que, chez l'homme, après énucléation d'un œil, il constata lui-même l'intégrité des noyaux du III et notamment des noyaux d'Edinger-Westphal que l'on a rattachés, à tort, à la musculature interne de l'œil.

De nouvelles expériences confirmèrent ses premières recherches, lapin : arrachement d'un long segment de III, énucléation de l'œil, résection des muscles externes ; survie beaucoup plus longue : sept mois au lieu de 90 jours : Intégrité des noyaux d'E. W. ; dans la partie supérieure du noyau, disparition presque complète des cellules du même côté ; dans la partie inférieure, lésion plus accusée dans le territoire dorsal du noyau du côté opposé.

B. fait ensuite une critique longue et minutieuse des récents travaux des auteurs qui voient dans les noyaux d'E. W. le centre du sphincter de la pupille (Kostenitsch, Bœdeker, Westphal, Sachs, Pacetti, Bernheimer, Levinsohn ; il en donne la bibliographie), et conclut qu'aucun des faits donnés en faveur de cette opinion ne résiste à la critique. Il passe ensuite en revue les travaux (bibl.) où est soutenue la doctrine contraire, travaux d'où il tire les arguments suivants :

Intégrité des noyaux d'E. W. après énucléation, chez toutes les espèces examinées, contrairement à Bernheimer.

Recherches d'anatomie comparée de Kœlliker, de Panegrossi etc. ; absence chez plusieurs singes.

Configuration de leurs cellules qui ne réalisent pas le type moteur.

Intégrité de ces noyaux dans des cas de paralysie durable du sphincter et de l'accommodation, soit chez l'homme, soit chez les

animaux (botulisme expérimental chez le singe), qu'il y ait eu ou non, simultanément, ophthalmoplégie extérieure et lésion des autres noyaux oculomoteurs.

B. conclut que les centres des sphincters pupillaires sont représentés par les cellules du segment proximal du noyau du III les plus voisines de la ligne médiane ; que les noyaux d'E. W. ne font très probablement pas partie du noyau du III, conformément à l'opinion de Kœlliker, et que leurs fonctions sont encore mal connues. Ch. B.

XX.— **Ueber Begriff und Lokalisation der reflektorischen Pupillenstarre. Sur l'immobilité réflexe de la pupille et sa localisation** ; par L. Bach, de Marburg. (*Ctrbl. f. Nervenh. u. Psychi.*, XXIX, f. 218, p. 596 et 597) ;

XXI. — **Ueber die pathologische Anatomie der reflektorischen Pupillenstarre** ; par Bumke, de Fribourg-en-B. *Ibid.*, p. 597. (31[e] *Réunion des neurologues et aliénistes du sud-ouest, à Baden-Baden*, 26-27 mai 1906.)

D'après Bach, on ne sait pas encore si l'immobilité *réflexe* de la pupille (à l'excitation lumineuse directe ou indirecte, à toutes les excitations psychiques ou nerveuses) peut se transformer en immobilité *absolue* (perte de la réaction à la convergence).

La localisation de la lésion productrice de l'imm. réfl. dans la substance grise centrale, ou dans le toit mésencéphalique, ou dans la moelle cervicale, ne serait pas démontrée. B. repousse en outre les localisations : dans un faisceau allant de la bandelette optique au noyau de M. O. C.,— dans ce noyau lui même, — dans le noyau d'Edinger-Westphall, — dans le faisceau radiculaire et le tronc du M. O. C.,— dans le ganglion ciliaire, — dans les nerfs ciliaires, — dans le nerf optique.

L'im. réfl. est, dans la règle, accompagnée de myosis, celui-ci rendrait vraisemblable l'existence de lésions de la moelle cervicale et d'un faisceau allant de l'écorce cérébrale au bulbe ; l'imm. réfl. aurait pour cause la dégénération d'un faisceau allant des quadrijumeaux au bulbe. B. rappelle enfin que ses recherches avec L. Meyer sur le chat ont démontré l'existence, dans la partie inférieure de la moelle cervicale, d'un centre d'inhibition pour le réflexe lumineux et la dilatation pupillaire.

Bumke remarque que tous les auteurs admettent une voie réflexe ayant son centre dans la région des quadrijumeaux, tandis que la deuxième voie réflexe admise par Bach est tout hypothétique. La cause est donc vraisemblablement une lésion du cerveau postérieur, ou bien un trouble de l'arc réflexe cérébral généralement admis. B. a vu souvent manquer, dans la pégé avec Argyll, la lésion que plusieurs auteurs (Reichardt, Gaupp et Wolff), considé-

rèrent comme la cause de ce symptôme (zône intermédiaire aux cordons de Goll et de Burdach, dans la moelle cervicale supérieure). Pourtant on ne peut nier la coexistence fréquente, aux périodes avancées de la pégé de l'imm. réfl. et des lésions des cordons postérieurs et l'on sait que dans la partie supérieure de la moelle cervicale, toutes les fibres ascendantes dégénérées des cordons postérieurs, cheminent ensemble. Enfin la zone incriminée par Reichardt appartient à un segment du névraxe dont, d'après les recherches de Bach, l'ablation est sans action sur les mouvements de la pupille.

Ch. B.

XXII. — **Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la démence précoce** ; par J. Zaplachta. (*Revista stûntelor médicale*, nos 7-10, 1906.)

L'examen histologique des cerveaux de quatre déments précoces a permis à l'auteur de constater des lésions de tous les éléments constitutifs de l'écorce cérébrale.

Les lésions les plus accentuées occupent la courbe la plus profonde des grandes cellules pyramidales, les cellules de Betz et les cellules polymorphes. Ce sont des lésions chroniques de Nissl avec atrophie et déformation des corps cellulaires, disparition des éléments chromatiques, dépôts pigmentaires, etc. En outre de ces altérations cellulaires, on constate une prolifération abondante de la névroglie aussi bien des cellules satellites que des éléments périvasculaires. Il existe enfin une infiltration considérable des parois des vaisseaux par des granulations pigmentaires de nature encore indéterminée ; mais cette dernière altération est considérée par l'auteur comme étant probablement en relation avec les affections intercurrentes, notamment la tuberculose, présentées par les malades.

En somme, la démence précoce serait fonction d'un processus lent de destruction des cellules nerveuses, prédominant surtout au niveau des couches profondes de l'écorce des lobes frontaux et des zônes centrales, ainsi qu'en témoigne l'abondante prolifération des cellules satellites que l'on rencontre dans ces régions.

Ces lésions cellulaires, qui sont vraisemblablement d'origine toxique ou toxi-infectieuse, n'ont aucun caractère spécifique ; on les observe, en effet, dans d'autres psychoses, mais ce qui est spécial à la démence précoce c'est leur topographie et leur localisation dans les couches profondes de l'écorce frontale. G. DENY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 7 ovembre 1907. — Présidence de M. Babinski

Apoplexie bulbo-protubérantielle circonscrite, à la suite d'une émotion provoquée par un traumatisme.

MM. F. Rose et F. Lemaitre présentent l'observation d'un homme qui offrit une hémiplégie palatolaryngée avec paralysie faciale périphérique, du côté gauche, immédiatement après un traumatisme ; or il s'agissait d'un simple coup de canif dans le pavillon de l'oreille gauche ; mais l'hémorragie très abondante avait vivement ému le malade ; ces troubles et ceux du même ordre qui suivirent, d'origine intrabulbaire, ne peuvent s'expliquer que par une hémorragie circonscrite due à l'hypertension émotive. A signaler au point de vue de la médecine des accidents du travail.

Paralysie de l'élévation des globes oculaires pour les mouvements volontaires ; intégrité des mouvements réflexes.

MM. Cantonnet et M. Landolt citent le cas d'un sujet de cinquante-quatre ans, hogdsonien, qui, à la suite d'un ictus, vit persister comme reliquat de son hémiparésie des troubles oculaires ainsi caractérisés ; ils attribuent à cette paralysie une origine supranuclaire.

Inutilité du traitement chirurgical dans un cas de torticolis mental de Brissaud.

MM. Sicard et Desbomps ont essayé sans résultat durable la destruction par l'alcool de la branche externe du spinal et la section des muscles de la nuque.

Discussion par MM. Babinski et Brissaud, à propos d'une malade atteinte de *torticolis mental* guérie par l'excision de la branche externe du onzième nerf ;effet de suggestion,dit M. Brissaud qui réserve le pronostic quant à la récidive.

Syringomyélie.

MM. H. Françàis et F. Rose présentent une malade atteinte de paralysie flasque avec amyotrophie des membres supérieurs et du thorax et dégénérescence vallérienne ; ils écartent le diagnostic de polimyoélite antérieure subaiguë et de sclérose latérale amyotrophique en raison de l'évolution ; quoiqu'ils n'aient pas relevé de troubles sensitifs, ils admettent une syringomyélie lésant surtout les cornes antérieures de la moelle cervicale et dorsale, à cause de la marche et du début par les trois derniers doigts.

Diplégie cérébrale infantile à type pseudo-bulbaire.

M. P. ARMAND DELILLE et Mlle GIRY présentent deux enfants de quatre ans offrant ce type ; à noter le contraste de leur facies et de leur dysarthrie avec leur mentalité, qui paraît normale pour leur âge.

Méningite chronique syphilitique tardive.

MM. G. BALLET et LÉVY VALENSI présentent un épileptique âgé de soixante-trois ans, chez qui la ponction lombaire a permis de révéler, par l'existence de lymphocytose, une méningite chronique d'origine syphilitique; et c'est à dix-huit ans que le malade eut son accident initial.

Paralysie myélopatique des vieillards.

MM. DUPRÉ, LHERMITE et GINOUX donnent une complète description anatomique du système nerveux d'une malade atteinte de paraplégie spastique progressive ; les lésions sont limitées à la moelle.

Injections arachnoïdiennes de fibrolysine dans le tabes.

MM. LHERMITE et F. LÉVY ont obtenu par ce procédé une amélioration notable : disparition des troubles de la sensibilité, possibilité de la marche.

M. SICARD pense que l'injection de toute substance irritante peut avoir son utilité.

Arthropathies tabétiques localisées par des traumatismes.

M. CLAUDE présente un tabétique dont les phénomènes articulaires portent sur la hanche droite, le pied et le genou gauche, qui avaient été traumatisés dans sa jeunesse.

Monoplégie crurale. — Lésion cérébrale congénitale.

M. LONG lit le procès-verbal de deux autopsies faites par lui; dans un cas de monoplégie crurale, il s'agissait d'une lésion typique du lobule paracentral et des parties supérieures des circonvolutions frontale et pariétale ascendante ; dans l'autre, c'est une lésion de l'hémisphère droit, produite dans la vie intra-utérine assez tôt pour que les fibres de projection voisine aient pu suppléer à la lacune anatomique, sans qu'il subsistât de manifestations physiologiques.

Malformations congénitales ; syringomyélie congénitale ou lésions diffuses du système nerveux.

M. H. DUFOUR présente le malade qui a fait l'objet de sa communication à la Société médicale des Hôpitaux.

Poliomyélite antérieure aiguë.

MM. HUET et LEJONNE présentent un malade à allure de myo-

pathique, avec atrophie des muscles des régions pelvienne et lombaire, et chez qui le début brusque, la paralysie avec rétrocession ultérieure fit diagnostiquer une poliomyélite.

Monoplégie brachiale droite.

MM. Alquier et Ciovini ont trouvé à la suite un ramollissement de la partie moyenne dè la frontale ascendante, ce qui confirme la théorie des localisations corticales.

Myélomalacie chez un opéré d'un néoplasme ulcéré de la verge.

MM. Alquier et Mendicini n'ont trouvé, dans le cas de paraplégie dû à la myélomalacie, que des traînées cellulaires avec réactions scléreuses ayant amené le processus anatomopathologique.

Tumeur opérée de la queue de cheval.

Communication de M. Dumollard.

Effet de l'opothérapie hypophysaire sur le syndrome de Parkinson.

Communication de MM. Parhon et Urechie présentée par M. Klippel. J. Rolet.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

Séance du mardi 15 *octobre* 1907.— *Présidence de* M. le Dr Jules Voisin.

Troubles trophiques dans l'hystérie ; brûlures par suggestion.

M. Paul Farez rapporte, avec photographies à l'appui, deux cas inédits de brûlure par suggestion, dus l'un à Podiapolsky (de Saratow et l'autre à Wetterstrand de Stockolm). Rapprochant ces cas de ceux précédemment publiés, en particulier par Virchow, Krafft-Ebing, Rybalkin et Szollôzy, il passe en revue les diverses circonstances qui conditionnent le succès ou l'insuccès dans la provocation suggestive des troubles trophiques chez les hystériques : la suggestion expérimentale ne doit solliciter une sensation et son trouble trophique concomitant que si l'une et l'autre ont été emmagasinés déjà dans l'acquis psycho-physiologique du sujet ; le trouble trophique que l'on voudra obtenir par suggestion sera d'autant plus aisé que l'hystérie sera en pleine floraison, que les accidents seront surtout cutanés et que, parmi les accidents cutanés, ce seront surtout des troubles trophiques qui se seront manifestés ; on devra disposer d'une hypnose profonde, encore faut-il cependant qu'elle ne soit pas trop profonde et que toute communication sensorielle ne soit pas interrompue entre l'hypnotiseur et le sujet ; enfin, il conviendra de prolonger le sommeil hypnotique pendant plusieurs heures après la suggestion ; mieux encore, on devra faire la suggestion le soir, de manière que le sommeil nocturne la maintienne, la renfonce et lui serve en quelque sorte de caisse de résonance.

M. VOISIN.— Refuser d'admettre les brûlures par suggestion, comme le font certains, c'est nier des faits patents. Un de mes malades était très sensible à l'action de l'or. Fasciné par ma chaîne de montre, il ne pouvait plus la quitter des yeux et finissait par y porter la main. A la suite de ce contact, il présentait régulièrement des phlyctènes provoquées par autosuggestion. Dans un autre cas, j'ai provoqué par suggestion une phlyctène large comme une pièce de cinq francs ; il n'y eut aucune supercherie et le contrôle fut très rigoureux.

M. Paul MAGNIN.— Chez Charcot, des hystériques reproduisaient par imitation les troubles trophiques qu'elles voyaient survenir chez leurs voisines. Chez Dumontpallier, la sinapisation suggérée était un phénomène banal ; la négation actuelle de certains auteurs est inadmissible ; on n'a pas le droit de dire : je n'ai pas vu par moi-même, donc ce n'est pas vrai.

M. Jacques BERTILLON.— Pour trancher le débat ne pourrait-on pas nous renouveler la production expérimentale des stigmates hystériques par la suggestion hypnotique ?

M. Paul FAREZ.— Nos préoccupations journalières sont d'ordre thérapeutique et non expérimental ; dans notre pratique médicale, nous nous appliquons à guérir ou à soulager nos malades le plus vite et en le moins de séances possible ; une telle expérimentation n'est pas de mise.

Toutefois si quelque grande hystérique avait besoin d'un révulsif, je n'hésiterais pas, le cas échéant, à provoquer la sinapisation ou la vésication suggestive et à communiquer le cas à la société.

M. DEMONCHY.— A-t-on essayé de guérir ou d'influencer par la suggestion des brûlures vraies ?

M. BERILLON.— Delbœuf y est parvenu d'une façon tout à fait démonstrative. Il fit, avec un fer rouge, une brûlure vraie à chaque bras, en s'appliquant à la faire de même intensité à droite et à gauche. La brûlure pour laquelle il avait suggéré une guérison rapide n'a presque pas été douloureuse et a guéri très vite ; celle de l'autre côté traînait en longueur et ne s'est terminée que lorsque la suggestion eut accéléré le processus réparateur. La même expérience fut renouvelée avec le même succès dans le dos.

M. PAMART.— A le clinique du Dr Bérillon, toutes les fois qu'un malade est porteur de verrues, systématiquement j'en suggère la guérison prochaine, et très souvent la suggestion se réalise.

Faux cas de suggestion mentale.

M. Félix REGNAULT.— Un alcoolique refuse de se laisser traiter. Sa femme supplie son médecin de lui donner un produit qui puisse le guérir à son insu.

Après avoir refusé, le médecin se décide à donner à cette femme un produit quelconque, inoffensif et inactif en lui-même. L'alcoo-

lique cesse de boire pendant un mois. Cette femme soutient qu'elle n'a nullement averti son mari du but qu'elle attendait de ce produit, car il aurait cessé de le prendre. S'agit-il donc d'un fait de suggestion mentale ? Il ne le semble pas : car cette femme est somnambule; elle parle la nuit, et selon toute vraisemblance, elle aura fait à son mari, pendant qu'elle dormait, la suggestion que le dit produit devait l'empêcher de boire.

M. Berillon. — Ces différents cas de suggestion étaient examinés avec l'esprit critique qui convient ; on ne s'en rapporterait pas à de vaines apparences et l'on dévoilerait les supercheries que comportent si souvent les pratiques ne l'occultisme ; c'est le rôle des psychologues de propager la défiance à l'égard de la manie métaphysique actuelle et de déraciner les erreurs qu'elle propage.

Le larmoiement volontaire.

M, Félix Regnault.— J'ai vu à l'étranger une petite fille que ses parents, concierges d'un musée, avaient chargée de m'accompagner parmi les salles.

Tout à coup elle éclata en sanglots et me raconta toute une histoire dont la conclusion était que si elle ne rapportait pas à ses parents une pièce d'argent elle serait battue. J'ai appris, par la suite, qu'elle avait l'habitude de jouer la même comédie auprès des visiteurs de ce musée. Saint-Saëns m'a rapporté avoir été témoin de faits analogues. Il y aurait donc chez ces personnes un fait de larmoiement volontaire.

M. Lionel Dauriac.— Ce n'est pas par simple volonté que ces personnes pleurent, mais par l'intermédiaire d'images représentatives ; elles se représentent l'état qu'elles désirent reproduire.

M. Paul Farez.— Elles peuvent aussi évoquer le souvenir de quelque évènement douloureux qui leur a arraché des larmes, revivre cet évènement dans leur imagination et susciter ainsi de vraies larmes.

M. Berillon.— On peut aussi provoquer les larmes chez les animaux ; pour faire pleurer une vache, il suffit de battre son veau sous ses yeux.

Action de la suggestion sur la longévité.

M. Clark Bell (de New-York). — On voit des personnes âgées se retirer des affaires, cesser de travailler et se préparer à la mort. Or la pensée constante et la crainte de la mort diminuent leur résistance ; elles s'autosuggestionnent tous les jours, pour une mort prématurée. Si elles éliminaient la crainte et la pensée de la mort, si elles écartaient de leur esprit l'inquiétude et l'anxiété, si elles travaillaient et se rendaient utiles, si elles exaltaient en elles la joie de vivre, elles réveilleraient leur vitalité et prolongeraient leur existence.

Faits de psychothérapie hypnotique.

M. Domingos Jaguaribe (de Sao-Paulo, Brésil) rapporte les cures qu'il a réalisées à son Institut et qui intéressent les cas suivants : neurasthénie, hystérie, paralysies diverses, incontinence d'urine, impuissance, névralgie, alcoolisme, dipsomanie, mutisme hystérique, etc.

La pédagogie à l'avancement des sciences.

M. Bérillon résume les divers travaux présentés à la section des pédagogie qu'il a présidée, à l'Association pour l'Avancement des Sciences (Reims, août 1907). Ces travaux ont trait aux sujets suivants ; paresse et mollesse chez les enfants, les procédés médico-pédagogiques applicables aux indisciplinés, les anormaux dans l'antiquité, les travaux manuels dane l'éducation des arriérés, l'émulation scolaire, etc. Il présente le questionnaire très détaillé qu'il a établi pour l'examen rapide et complet, médical et psychologique, des enfants anormaux.

Le Congrès de Genève-Lausanne ; l'expertise médico-légale et la question de la responsabilité.

M. Paul Farez, délégué de la Société au 17e Congrès des Aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française tenu à Genève et Lausanne en août 1907, dépose un rapport sur les travaux du Congrès et insiste particulièrement sur le vœu qu'y a fait voter M. Ballet. Ce rapport sera imprimé *in-extenso* dans la *Revue de l'hypotisme* afin de pouvoir être discuté à la séance de novembre.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS D'ALIÉNÉS

Le 3 août 1907, au cours du *Congrès annuel des Médecins aliénistes et neurologistes de langue française*, les médecins des établissements publics d'aliénés se sont réunis dans une salle de l'Université de Genève, dans le but de fonder une association amicale. L'assemblée comprenait des médecins directeurs, des médecins en chef et adjoints d'asiles publics, des médecins de quartiers d'hospice et des asiles privés faisant fonctions d'asiles publics, d'anciens médecins d'asiles. M. l'Inspecteur général, délégué du Ministère de l'Intérieur, assistait à la séance. Par acclamation, M. le Dr Giraud, médecin-directeur de l'asile Saint-Yon (Rouen), est nommé président. M. le Dr Charon, médecin-directeur de l'asile d'Amiens, est désigné comme secrétaire.

Le Président expose le but de la réunion, il rappelle qu'en 1895, à l'occasion du Congrès annuel, l'utilité de former une union amicale des médecins aliénistes avait été discutée et que, l'année suivante, le projet avait eu un commencement d'exécution par la création, au Congrès de Nancy, d'une association dont les statuts avaient été adoptés dans une réunion avec l'adhésion de 33 membres fonda-

teurs, comportant un comité de 8 membres, dont plusieurs sont présents à la réunion d'aujourd'hui.Cette union n'a pas fonctionné.

Le Président expose que les motifs qui militaient en 1895 en faveur de la création d'une association n'ont fait que s'accuser davantage d'année en année, et demande à l'assemblée de se prononcer tout d'abord sur le point de savoir s'il y a lieu de créer aujourd'hui cette association. Par un vote à mains levées, l'assemblée décide qu'il y a lieu de créer une association.

Le Président propose ensuite, pour arrêter les statuts de cette association,de reprendre et discuter article par article les statuts de l'union de 1895. Un membre de l'assemblée fait remarquer que la situation n'est plus aujourd'hui la même qu'en 1895. Récemment, les directeurs et médecins des maisons de santé privées ont créé une association pour la défense de leurs intérêts professionnels ; il semble donc que l'association nouvelle ne peut être ouverte, au moins pour les membres actifs, qu'aux médecins de tous grades des asiles publics et des établissements faisant fonctions d'asiles publics, c'est-à-dire à tous ceux dont le recrutement est soumis aux mêmes conditions et qui sont placés sous la même autorité administrative. Après échange d'observations, l'assemblée adopte à mains levées et successivement les articles suivants des statuts de l'association.

ARTICLE PREMIER. — *Les médecins des établissements publics d'aliénés forment entre eux une association dite* : Association amicale des Médecins des établissements publics d'aliénés.

ART. 2. — *Cette association a pour but* : 1° *De prendre en mains les intérêts généraux et particuliers de ses membres en leur donnant un appui quand ils en auront besoin et en contribuant aussi activement que possible à améliorer leur situation morale et matérielle.* ; 2° *de créer et de maintenir entre ses membres des liens de bonne confraternité, de favoriser tout ce qui peut les amener à se bien connaître les uns et les autres et de veiller à ce qu'ils observent les règles essentielles de l'honorabilité professionnelle* ; 3° *d'étudier les questions qui se rapportent aux divers modes d'assistance des aliénés.*

ART. 3. — *L'association comprend des membres actifs et des membres honoraires.*

ART. 4. — *Sont de droit membres actifs, après en avoir adressé la demande au comité, tous les médecins et anciens médecins en chef et adjoints des asiles publics, des colonies familiales, des asiles privés faisant fonctions d'asiles publics et des quartiers d'hospices affectés au traitement des aliénés.*

ART. 5. — *Le titre de membre honoraire peut être donné par un vote de l'assemblée générale à toute personne, docteur en médecine ou non, qui aura rendu des services éminents soit à l'assistance des aliénés, soit à l'association elle-même.*

ART. 6. — *Tout membre actif de l'association doit une cotisation annuelle dont la quotité est fixée à 5 francs.*

ART. 7. — *Celui qui, pendant deux années consécutives, aura négligé ou refusé de payer sa cotisation, sera considéré comme démissionnaire.*

ART. 8. — *Pourra être exclu de l'association tout membre qui aurait commis une faute contre l'honorabilité professionnelle ou dont les*

agissements tendraient à compromettre la bonne harmonie entre les membres de l'association. L'exclusion sera proposée par le comité à une assemblée générale avec exposé des motifs. Elle ne pourra être prononcée que si elle est votée par les deux tiers au moins des membres présents.

ART. 9. — *L'association est administrée par un comité qui comprend un président, un vice-président, un secrétaire-trésorier et quatre membres.*

ART. 10. — *Le président, le vice-président, le secrétaire-trésorier sont nommés pour un an, et rééligibles. Les quatre autres membres sont élus pour deux ans et renouvelables annuellement par moitié. Ils ne sont pas immédiatement rééligibles. Les élections se font au bulletin secret, au cours de l'assemblée générale annuelle prévue à l'article* 11.

ART. 11. — *L'assemblée générale annuelle concorde avec le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française.*

ART. 12. — *En dehors de cette assemblée annuelle et en cas de besoin urgent, le président peut, sur avis conforme du comité, provoquer la réunion d'une assemblée générale extraordinaire. L'assemblée générale devra toujours être convoquée lorsque la demande en aura été adressée au président par lettre recommandée signée de* 10 *membres de l'association.*

ART. 13. — *Pour qu'un vote émis en assemblée générale soit valable, il faut que le quart au moins des membres de l'association soit présent et que le vote ait été exprimé par la majorité des membres présents.*

ART. 14. — *Le président dirige les travaux et les assemblées générales de l'association. Il convoque le comité toutes les fois qu'il le juge utile. Il représente l'association en toutes circonstances. A son défaut il est suppléé par le vice-président ou, à défaut de celui-ci, par un membre du comité désigné par lui.*

ART. 15. — *Le secrétaire-trésorier perçoit les cotisations, paie les dépenses faites pour le compte de l'association, garde les archives et la caisse. Toute correspondance se fait par son intermédiaire Chaque année, il présente un état de la caisse, et ses comptes de gestion sont vérifiés par deux membres désignés par le comité.*

ART 16. — *En cas de dissolution de l'association, les sommes qu'elle pourrait avoir en caisse seront versées à l'association de prévoyance et de secours mutuels des médecins aliénistes*

ART. 17. — *Toute discussion politique ou religieuse est formellement interdite pendant les réunions de l'association.*

ART. 18. — *Le siège social de l'association est fixé à Paris.*

Les statuts dont les articles précédent sont adoptés à l'unanimité des membres présents, après une deuxième lecture. Le président propose ensuite l'élection de chacun des membres du comité ; l'élection a lieu au scrutin secret et donne les résultats suivants :

Président : M. le Dr Giraud, médecin-directeur de l'asile Saint-Yon ; *Vice-président*, M. le Dr Vallon, médecin de l'Asile clinique (Sainte-Anne) ; *Secrétaire-trésorier*, M. le Dr Antheaume, médecin honoraire de la Maison nationale de Charenton ; *Membres*, MM. les Drs Charon, médecin directeur de l'asile d'Amiens ; Rayneau, médecin du quartier d'hospice d'Orléans ; Mercier, médecin ad-

joint de l'asile de Pierrefeu ; Vurpas, médecin adjoint, chef de clinique à la Faculté de Paris.

Les membres du comité élus remercient l'assemblée de la marque de confiance qui vient de leur être témoignée et l'assurent de leur dévouement aux intérêts de l'association. M. l'Inspecteur général Drouineau est, par acclamation, nommé membre honoraire de l'association. Le Président annonce que le compte rendu de la réunion sera imprimé et adressé, avec une formule d'adhésion, à tous les médecins qui remplissent les conditions spécifiées à l'article 4, pour faire partie de l'association.

L'envoi de ce document était accompagné d'une lettre d'appel qui se terminait ainsi :

Nous venons d'affirmer notre droit à l'existence par un premier acte : l'introduction, devant le Conseil d'Etat, d'un recours contre les arrêtés ministériels des 31 *juillet et* 12 *septembre* 1907, *arrêtés méconnaissant, contre toute équité, les droits de la province pour créer, en faveur de Paris et de la Seine, un régime d'exception absolument inacceptable.*

Si vous estimez que nous sommes dans la bonne voie, nous vous demandons d'être des nôtres et de ne pas oublier que le plus grand ennui de l'aliéniste, c'est l'isolement où il a si souvent le tort de se complaire.

BIBLIOGRAPHIE

VI. — *Les dégénérés dans les bataillons d'Afrique*; par le Dr R. Jude 1907.

Sous ce titre M. le Dr Jude, médecin aide-major aux hôpitaux de Tunisie publie à la librairie Le Beau, de Vannes, une étude des plus intéressantes. L'auteur montre les soldats du Bataillon « les Joyeux » avant leur incorporation, puis il expose comment ils se conduisent au corps soit entre eux, soit vis-à-vis de leurs chefs.

D'après lui, presque tous les joyeux sont des dégénérés qu'il classe en diverses catégories puis étudie en groupe, « en foule » se demandant quelle influence cette foule exerce sur la mentalité individuelle. Il conclut que l'organisation actuelle est insuffisante surtout parce qu'elle ne tient aucun compte de la mentalité du soldat.

Une organisation nouvelle devrait, pense-t-il, pour donner de bons résultats avoir pour base un examen mental approfondi des recrues qui pourraient être ensuite réparties en deux classes:

Les rares normaux et les dégénérés à tares peu accentuées qu'on traiterait en soldats; et les plus tarés qu'on tenterait de relever par la vie agricole, sans leur confier la moindre arme. Le

régime des punitions actuelles devrait être réformé, la cellule transformée, la prison commune radicalement supprimée.

L'examen mental approfondi permettrait, dit l'auteur, non seulement de traiter chaque homme suivant son niveau mental, mais encore d'éliminer des bataillons tous les aliénés. Pour conclure, M. Jude réclame l'institution d'une expertise médicale obligatoire pour tous les justiciables de Conseil de guerre et aussi la création d'une poste d'aliéniste militaire expert près des Conseils de guerre d'Afrique. T.

VII. — *La responsabilité*; *étude psycho-physiologique* ; par A. Mairet. Masson et Cie, Paris, et Coulet et fils, Montpellier, éditeurs, 1907.)

On n'a pas oublié le succès du livre du professeur Grasset : *Demi-fous et demi-responsables*; un an après sa publication, l'école de Montpellier, qui semble devoir faire autorité en matière de psychologie, se signale par l'étude nouvelle que vient de faire sur la question le professeur Mairet. Elle paraît à un moment où la responsabilité est plus que jamais une actualité à l'étude, puisqu'elle passionne non seulement les spécialistes, mais la masse du public, dont la curiosité est mise en éveil par la presse à l'occasion de débats judiciaires qui sont d'hier et d'aujourd'hui.

L'analyse scientifique s'est emparée à bon droit du problème de la responsabilité ; s'il est d'ordre métaphysique en ce qui concerne l'essence de cette dernière, il ne peut plus être considéré comme une abstraction pure, car il est d'ordre biologique en ce qui concerne ses manifestations. Considérant donc la responsabilité comme une véritable fonction à laquelle concourent l'intelligence et la sensibilité, M. Mairet en dégage, au début de ses considérations, les éléments constitutifs, et montre que les éléments dont se sert l'impulsif pour lutter contre son impulsion sont les mêmes que ceux dont se sert l'homme normal contre les mobiles qui l'entraînent.

La suite est consacrée à l'étude psycho-physiologique de ces éléments : intelligence, peur de la punition, sensibilité morale, etc. envisagés soit en eux-mêmes, soit par rapport aux mobiles qui entraînent l'homme pour qui ils constituent à l'état normal des moyens de défense suffisants.

Ces actions sur la responsabilité sont intéressantes au point de vue de la médecine légale des aliénés ; du fait de la maladie, résulte une altération de la fonction responsabilité dont l'auteur envisage les grandes conséquences ; après le point de vue médico-légal, nous voyons l'ouvrage se terminer par des considérations philosophiques sur l'innéité du bien et du mal, sur le rôle de l'éducation dans le développement de l'intelligence et de la sensibilité morale. J. Rolet.

médical, conformément au texte de la loi sur le régime des aliénés qui vient de passer par une première délibération devant la Chambre des députés et conformément aux vœux du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Depuis le transport des aliénés de l'Hospice du Sanitat au quartier de l'Hospice Saint-Jacques, c'est-à-dire depuis 1834, le service a été fait par un seul médecin, jusqu'en 1853 par le docteur Bouchet, décédé dans sa fonction, de 1854 à 1883 par le docteur Petit, décédé aussi dans sa fonction, et enfin depuis 1884 par moi.

Peu à peu le nombre des malades s'est encore accru et, par suite du défaut de places, l'administration préfectorale a été dans l'obligation d'envoyer, à plusieurs reprises, des aliénés indigènes dans d'autres asiles. Le Conseil Général, enfin, en 1901, rejetant tout autre projet pour obvier à l'encombrement, construction d'un asile départemental, placement familial, transferts collectifs, accepta l'agrandissement et la transformation du quartier de l'Hospice général suivant les plans proposés par la Commission administrative.

Les travaux ont commencé en mars 1903 et ne doivent être effectués que dans l'espace de neuf ans afin de n'apporter aucune gêne dans le service, ou le moins possible. Leur exécution doit être complète en cinq ans dans la division des femmes, c'est-à-dire en 1908, et ensuite en quatre ans dans la division des hommes, c'est-à-dire en 1912.

A l'époque où le conseil général prit sa décision, il ne m'appartenait pas de faire remarquer la lourde tâche qui m'incombait avec une population de 700 malades, ni la tâche encore plus lourde qui m'incomberait dans l'avenir avec les 1.050 aliénés que contiendrait l'asile agrandi et reconstruit. Mais l'administration supérieure ne consentit à laisser donner suite à cette décision qu'à certaines conditions et, parmi elles, la création de deux emplois de médecin-adjoint. Un premier titulaire, le docteur Houeix de la Brousse, fut aussitôt nommé, la nomination du second ne devait se faire que lorsque tous les travaux seraient très avancés ou complètement terminés.

Le personnel médical comprend donc aujourd'hui un médecin en chef, un médecin-adjoint et deux internes. La population est de 760 malades et le mouvement de l'année dernière s'est fait remarquer par 345 admissions, 189 sorties et 140 décès.

Le médecin-adjoint n'a qu'un service réglementaire, il n'a aucune action dans l'exécution des prescriptions de la loi de 1838, il n'a aucune responsabilité. Son rôle, ainsi défini, a été très discuté dans l'exposé des motifs du projet de loi Dubief, ancien ministre de l'Intérieur et par le Conseil supérieur de l'Assistance publique à la suite du rapport de M. le docteur Bourneville. La loi change son titre et augmente ses attributions, le Conseil supérieur

propose de conserver le titre mais d'augmenter, néanmoins, ses attributions.

Actuellement, le médecin-adjoint est assimilé en quelque sorte à un chef interne ; il ne peut mettre en valeur son expérience professionnelle si le médecin en chef est actif et tient à remplir toutes ses obligations réglementaires et légales ; il ne peut, en tout cas, prêter son concours au médecin en chef dans les devoirs que lui impose la loi, devoirs fort lourds quand la population est nombreuse et que le mouvement est élevé. Tel ne devrait pas être le rôle effacé de ce fonctionnaire qui a déjà donné les preuves de son savoir scientifique par des concours, celui de l'internat d'abord. celui de l'adjuvat ensuite. Son service, accompli selon les règlements en vigueur, ne lui est guère profitable et ne diminue en rien les charges journalières du médecin en chef. Il ne semble avoir d'utilité que lorsqu'il remplace le médecin en chef pendant ses absences ou pendant les vacances de l'emploi, c'est peu.

Le projet de loi et le conseil supérieur de l'Assistance publique proposent avec raison de relever l'importance de la fonction des médecins adjoints, qu'ils soient dénommés médecins traitants ou qu'ils conservent le même titre. Dans l'un et l'autre cas, ces fonctionnaires devront avoir une participation réelle et autonome dans la pratique médicale et légale des asiles.

On obtiendrait le résultat en sectionnant le service selon le nombre des médecins adjoints ou traitants et en en confiant une part à chacun d'eux. Dans sa part, le médecin adjoint ou traitant sera soumis aux mêmes prescriptions réglementaires et légales, aura les mêmes devoirs, les mêmes droits et la même responsabilité que le médecin en chef dans la sienne. Celui-ci n'aurait en plus dans ses attributions que le contrôle, l'étude et les propositions de toutes questions intéressant le service médical dans l'asile entier, dans toutes les sections.

Je reconnais que c'est avec justice que l'on agrandit ainsi les fonctions des médecins-adjoints, ils méritent cette confiance. Ils ne perdront pas un temps précieux dans un stage de plusieurs années et ils contribueront efficacement aux résultats qu'on doit attendre d'un traitement vraiment scientifique des maladies mentales.

Le fonctionnement de ce système a déjà été tenté dans quelques établissements, à l'asile d'Aix et à l'asile de Bordeaux, où le médecin-adjoint a un service dans lequel il a la responsabilité réglementaire et légale, c'est-à-dire qu'il remplit les fonctions de médecin en chef dans le sectionnement qui lui a été confié.

Je demande donc à la Commission, administrative de vouloir bien approuver l'organisation de ce système dans le quartier d'aliénés. Avec le personnel médical actuel, il y aurait deux services, le service de la division des hommes et le service de la division des

femmes. Le médecin en chef exercerait dans la division des femmes, la plus importante à cause de son agrandissement, des nouveaux modes de répartition et de surveillance et des nouvelles règles de thérapeutique qu'il y aura lieu de mettre en pratique ; le médecin-adjoint, conservant son titre et gardant son rang dans le cadre, exercerait dans la division des hommes et y remplirait les fonctions de médecin en chef. Au médecin en chef reviendrait encore l'étude et la solution des questions générales intéressant les deux services à la fois.

Quand le quartier aura son développement complet, lorsqu'il pourra contenir 1.050 malades et que le second médecin-adjoint aura été nommé, celui-ci devra avoir le service des infirmeries. Je propose aussi qu'il y ait alors,d'après l'avis du Conseil supérieur de l'Assistance publique, 1 interne pour 100 admissions annuelles, ce qui porterait le nombre à 4. Je laisse à l'administration des Hospices et à l'administration supérieure le soin de décider si c'est plus tôt, ou seulement au temps fixé par les conventions, qu'il y aura lieu d'augmenter le nombre des fonctionnaires du service médical.

Tant que l'Asile n'aura qu'un médecin en chef et un médecin-adjoint, chacun chargé d'une division, il sera bon que, en cas d'absence ou d'empêchement de l'un d'eux, le service soit confié temporairement à un des médecins suppléants des Hôpitaux, comme au temps où j'étais seul, afin que l'autre n'ait pas un surcroît d'occupations le détournant fâcheusement du service quotidien de sa division.

Quand l'asile possèdera deux médecins adjoints, celui qui aura les Infirmeries fera les suppléances dans les divisions, car son service légal sera nul pour ainsi dire, et, quand il sera lui-même absent ou empêché, il sera suppléé par les médecins divisionnaires.

Les médecins adjoints ou traitants comme les médecins en chef, doivent résider dans les établissements. Le commissaire du Gouvernement en a soutenu et démontré la nécessité à la Tribune de la Chambre des députés. Peu après et pour bien marquer sa manière de voir et sa volonté sur ce point, M. le Ministre de l'Intérieur, a préféré laisser un des médecins de la maison nationale de Charenton donner sa démission, plutôt que l'autoriser à résider au dehors.

J'estime urgente l'organisation que je propose pour le présent et pour l'avenir. C'est le seul moyen de répondre aux volontés de la nouvelle législation, aux vœux du Conseil général de l'Assistance publique et de pouvoir suivre en tous points les instructions de la circulaire ministérielle du 10 novembre 1906.

Si la commission administrative approuve l'exposé que je viens de lui présenter, j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien soumettre ce projet de nouvelle organisation du service médical à l'avis de M. le Préfet et à la sanction de M. le Ministre de l'Intérieur.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de mon plus profond respect. *Le médecin en chef.*

Signé : D[r] A. Biaute.

La sanction ministérielle est encore attendue ce jour, 22 juin 1907.

VARIA

Les aliénés en liberté.

Horrible mutilation. — Un jeune cultivateur de St-Etienne-la-Thillaye, près Pont-l'Evêque, le sieur Léonce Dossin, 26 ans, atteint de dérangement cérébral, s'est tranché la jambe droite à coups de serpe, dans un herbage voisin de sa maison. On l'a retrouvé mort le lendemain matin. Il avait encore pu se traîner pendant une dizaine de mètres. (*Bonhomme Normand*, 14 novembre 1907.)

Nancy, — Pour attirer l'attention, des individus détruisent, les chefs-d'œuvre de nos musées, Un fou n'a pas trouvé autre chose que de se livrer à des voies de faits sur un général.

Le général Gauthier, commandant la brigade de cavalerie du 20e corps d'armée, sortait hier matin vers onze heures de son domicile, rue Saint-Georges, lorsqu'un homme correctement vêtu, qui stationnait depuis quelque temps devant la maison se précipita sur lui et lui porta un violent coup de parapluie à la tête. Le coup fut porté avec une telle violence que le manche du parapluie fut brisé.

Le général riposta par un coup de poing en plein visage de son agresseur, qu'il maîtrisa et conduisit au bureau de police voisin.

Là, l'homme a déclaré se nommer Victor Barbier, quarante-quatre ans, représentant de commerce à Nancy, Il ajouta qu'il avait frappé le général pour attirer l'attention sur lui et pouvoir ainsi exposer des griefs qu'il a à faire valoir contre un de ses parents, officier supérieur dans l'Est.

Barbier semble être un déséquilibré. Il a été interné dans un asile de fous pendant quelques mois. Il a été mis à la disposition du parquet. (*L'Aurore* du 29 oct.)

Un fou assommé par ses gardiens.

Un certain Désabres, originaire du Cher, après avoir dans un accès de folie subite, égorgé sa petite fille, était interné depuis plusieurs années à l'asile de Beauregard, près de Bourges. Il avait la réputation d'être le plus dangereux pensionnaire de la maison. Aussi, vivait-il la plupart du temps en cellule.

Plus calme depuis quelques semaines, il avait obtenu du directeur de l'asile l'autorisation de prendre ses repas en commun,

lorsque, lundi soir, il se prit de querelle avec un de ses voisins.

Le gardien de service dans la salle. Auguste Gaumet, intervint pour séparer les adversaires, mais le fou tourna aussitôt sa colère contre lui et le frappa avec sa cuiller. Gaumet appela à son secours trois camarades pour maîtriser Desabres, qui fut traîné hors de la salle et transporté dans une cellule. Là, se passa une scène de sauvagerie inouïe ; les gardiens Gaumet et Cassier, irrités de la résistance de l'insensé, l'assommèrent à coups de sabot et de soulier, et lui brisant deux côtes, le laissèrent pour mort.

Le docteur Homery, directeur de l'asile de Beauregard, fit aussitôt transporter le malheureux fou à l'infirmerie, où il lui prodigua ses soins, et s'empressa d'informer le parquet de Bourges, qui donna l'ordre d'arrêter Gaumet et Cassier.

FAITS DIVERS

ASILE D'ALIÊNÉS. — *Mouvements de septembre et d'octobre.* — M. le Dr GIMBAL, médecin adjoint à Prémontré (Aisne), nommé médecin adjoint à Evreux (Eure.) — M. le Dr GUYOT, dir. médecin de l'asile d'aliénés de Châlons-sur-Marne, admis à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé directeur médecin en chef honoraire des Asiles publics d'Aliénés. — M. le Dr CHARUEL, médecin en chef à l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle) nommé directeur médecin de l'Asile d'aliénés de Chalons-sur-Marne. — M. le Dr PASTUREL, médecin adjoint à Naugeat (Hte-Vienne), promu à la 1re classe du cadre. – M. le Dr VERNET, médecin adjoint à l'Asile de Moulins, promu à la classe exceptionnelle du cadre.

ASILES D'ALIÉNÉS. — *Mouvement de novembre* 1907. — M. le Dr PAIN, Directeur-médecin à l'asile de la Roche Gandon (Mayenne), promu à la 2e classe du cadre. — M. le Dr COLIN, médecin en chef de l'asile des aliénés de Villejuif (Seine); promu à la 1re classe du cadre, — M. le Dr VIALLON, médecin en chef de l'asile des aliénés de Bron (Rhône), promu à la 1re classe du cadre. — M. le Dr DEZMARTE, directeur de l'asile des aliénés de Naugeat (Haute-Vienne, nommé médecin en chef de l'asile des aliénés de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — M. le Dr PAPILLON, médecin-adjoint, nommé médecin en chef à l'asile de Bron (Rhône), poste créé. — M. le Dr DODERO, médecin-adjoint, nommé médecin en chef à l'asile de Bron (Rhône), poste créé. M. le D_r BRUNET, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure), nommé directeur médecin de l'asile d'aliénés de Naugeat (Haute-Vienne). — M. le Dr RODIET, médecin-adjoint à l'asile de Clermont (Oise), nommé médecin-adjoint à Saint-Yon

(Seine-Inférieure). — M. le Dr DROMARD, médecin-adjoint à l'asile de Marseille, nommé médecin-adjoint à l'asile de Clermont (Oise). — M. le Dr AUBIN, directeur de l'asile de Bassens (Savoie) nommé directeur de l'asile de Marseille, en remplacement de M. Denizet, retraité. — M. VAULBERT, nommé directeur de l'asile de Bassens (Savoie), en remplacement de M. le Dr Aubin.

Distinctions honorifiques.— Médaille d'argent de l'Assistance publique. — M. DAVY (François-Louis), gardien à l'asile privé d'aliénés de Lehon (Côtes-du-Nord), faisant fonction d'asile public, 32 ans de services au quartier des malades agités et dangereux de cet établissement ; M. le Dr GIRAUD, directeur médecin de l'Asile d'aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure).

Médaille de Bronze de l'Assistance publique. — M. BOUCHER (Victor), infirmier reposant à l'asile des aliénés du Mans.

ASILES DE LA SEINE. — *Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine. Asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif et Maison Blanche.*— Le lundi 6 janvier 1908, à une heure précise, il sera ouvert, à l'asile clinique, rue Cabanis n° 1, à Paris, un Concours pour la nomination aux places d'Interne titulaire en pharmacie dans lesdits établissements. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, 1er bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours. Dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux à cinq heures. Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 9 au samedi 21 décembre 1907 inclusivement.

TERRIBLE DRAME DE LA FOLIE.—Depuis plusieurs semaines, le sculpteur Van Beylen, qui jouit à Anvers d'une certaine notoriété, présentait des symptômes de dérangement cérébral. La nuit dernière, il demanda à sa femme d'aller lui chercher un hareng. Lorsque sa femmere vint avec le poisson demandé, le sculpteur se mit soudain en fureur et s'écria, en roulant des yeux hagards : « Mangez-le vous même ; mais que vois-je ? Vous avez la manche droite retroussée ? Cela signifie que vous devez mourir. Puis il s'empara d'un énorme couteau, et se jeta sur sa femme. Un corps à corps s'engagea, tandis que les enfants, terrorisés, s'accrochaient à la jupe de leur mère. Après une lutte désespérée Mme Van Beylen parvint à se dégager, et se sauva en emportant un de ses enfants. Quatre agents accoururent à son domicile, où le fou brisait tout dans son ménage. Les enfants s'étaient cachés sous le lit. Le malheureux décrocha dans une panoplie une lance congolaise et fondit sur les agents. L'un d'eux eut la main droite traversée, tandis qu'un autre était atteint au ven-

tre. Voyant qu'ils ne parviendraient pas à s'emparer du fou furieux, les agents se retirèrent. Dans la rue, l'agent blessé au ventre s'affaissa, et il fallut le transporter d'urgence à l'hôpital, où il arriva mourant. Le commissaire de police envoya alors douze agents qui, sabre au clair, gardèrent jusqu'au matin la maison de l'aliéné. A cinq heures du matin, un agent en bourgeois pénétra dans l'appartement. Il parvint à emmener les deux enfants. A huit heures enfin, la police parvenait à s'emparer du malheureux fou. On le ligota, et on le conduisit à l'hôpital. (*La Liberté* du 1er Novembre.)

Concours pour la place de médecin suppléant de Bicêtre. Ce concours s'ouvrira le 25 novembre. Le jury est définitivement composé de : MM. Bouloche, Bourneville, Charpentier, Letulle, Lwoff, Rénon et Roubinowitch. Les candidats sont MM. Bernard Leroy, Juquelier et Vurpas.

Nécrologie. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort du Dr N. Vaschide, directeur adjoint du laboratoire de psychologie expérimentale de l'Ecole des Hautes Etudes à l'asile de Villejuif, décédé le 13 octobre, à l'âge de 33 ans, à Paris.

Erratum.—A l'occasion d'un fait divers que nous avons publié page 249 sous le titre : *Drame de la folie*, il a été dit que la nommée Juliette Tirfoin avait été internée à l'Asile de Prémontré pendant 12 ans et était sortie de l'Asile le 12 août. «Cette information n'est pas exacte, et notre honorable collègue, M. le Dr Pilleyre, nous écrit que Juliette Tirfoin n'avait jamais été internée à Prémontré avant son acte de folie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Beni-Barde. — La Neurasthénie. Les vrais et les faux neurasthéniques. Vol. in 8° de 510 p. Prix : 8 fr.

Cullère. — Rapport du directeur-médecin de l'Asile d'aliénés de la Roche-sur-Yon. Broch. de 343 pages. Servant-Mahaud, éditeur à la Roche-sur-Yon.

Ladame (V.). — Le nouvel asile des aliénés à Genève et les questions qui s'y rattachent. Historique de la création de l'Asile de Bel-Air. Broch. de 110 pages. Georg. libraire à Genève.

Mairet (A.). — La jalousie. Etude psycho-physiologique. Vol. in-8° de 194 pages. Chez Coulet et fils (éditeurs) à Montpellier et chez M. Masson, éditeur à Paris.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères et Thiron.

Vol. II. 3e Série. Novembre 1907. N° 11

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE

Sur un cas de délire à deux avec modes de début et de collaboration un peu spéciaux. Intoxication suraiguë par l'alcool à brûler chez l'une des codélirantes.

PAR LE Dr G. G. DE CLÉRAMBAULT,

Médecin-Adjoint de l'infirmerie Spéciale des Aliénés près la Préfecture de police.

L'observation qui va suivre est celle de deux délirantes présentant des vésanies distinctes, mais un thème délirant commun, et n'ayant eu qu'une collaboration intermittente, mais s'étant donné l'une à l'autre une stimulation énergique et des idées à mettre en œuvre.

I. — A l'Infirmerie spéciale du Dépôt, le 14 sept. 1906 un femme de 43 ans, débile, persécutée mélancolique et réticente, disait à propos des injures que lui adressaient dans la rue des inconnus :«Mme Granet peut en témoigner ; elle en a reçu aussi sa part». Mme Granet était une dame qui l'avait jadis employée, avec laquelle elle restait liée, et qui était « beaucoup plus pieuse qu'elle ».L'intérêt de cette liaison entre deux persécutées, joint au besoin d'être renseigné sur les actes de notre malade, décida notre chef, M. le Dr Legras, à faire convoquer Mme Granet pour sa visite du lendemain. Elle s'y rendit très volontiers, ayant elle même beaucoup à dire, et nous raconta avec verve tout un roman.

Vers l'âge de 18 ans, elle avait fait la connaissance chez ses parents, alors aisés, d'un ingénieur, client assidu du café dont ils étaient propriétaires ; il l'enleva, et vécut maritalement avec elle, aux environs de Paris, pendant 10 ans. Mère de trois enfants, elle menait une vie bourgeoise, pensait à régulariser sa situation, et s'estimait en somme heureuse, lorsque survint une catastrophe. Son amant, l'ingénieur Briquet, ayant fait de grosses pertes d'argent dans une affaire industrielle, crut se rétablir ne

falsifiant des titres frappés d'opposition,et fut condamné aux travaux forcés pour 10 années, avec interdiction de séjour pendant 12 ans. Elle même, soupçonnée de complicité, aurait été détenue à Saint-Lazare quinze jours, en compagnie de ses trois enfants (?) puis déclarée hors de cause. Au cours de l'instruction, elle aurait connu un certain magistrat dont l'attitude hostile lui aurait laissé une vive impression, bien qu'il ne lui ait dit que quelques phrases et soit celui qui, semble-t-il, l'aurait fait remettre en liberté.

Après sa condamnation, Briquet aurait dit à sa maîtresse qu'il se faisait fort de s'évader, que bientôt on le reverrait, et qu'il possédait encore certains titres, ceux-là authentiques, titres contenus dans une valise en consigne à la gare du Nord. Ceci se passait en 1888. Au bout de quelques mois, les journaux annonçaient l'évasion du forçat Briquet, qui est resté depuis lors introuvable.

En 1889, Mme Granet vit paraît-il entièrement seule, puis vend ses meubles et se cherche un ou des protecteurs,«car il faut nourrir ses enfants ». Mais depuis l'affaire Briquet, elle n'a plus que des malchances, et de la galanterie élégante elle tombe à la prostitution. D'ailleurs elle se flatte d'y avoir apporté un esprit d'ordre et une décence exceptionnels. Elle ne ramenait chez elle que des hommes distingués, qui lui revenaient comme par roulement; jamais nul n'est resté chez elle jusqu'au matin; elle n'a eu que des rapports d'estime avec ces messieurs de la police, et sa santé est excellente. Le jour elle faisait de la couture,et s'adonnait à la piété. Dans toutes les églises de Paris elle connaît les noms des abbés, quêteuses, bedeaux, vendeuses de cierges, ainsi que des dévotes principales. Et elle payait un prix élevé pour l'éducation de ses fillettes, placées par elle en Angleterre, dans un couvent.

Nous n'avons pas de données précises sur ses parents. Elle est certainement une dégénérée, peut-être aussi une hystérique. Superstitieuse, elle aurait éprouvé de tout temps ce qu'elle appelle *des intuitions*. Par là, elle désigne indistinctement des interprétations fortuites, des associations d'idées soudaines, peut-être des hallucinations psychiques (nous ne disons pas psycho-motrices), des visions plus ou moins précises, ou encore un mélange de tout cela. Ainsi, qu'elle se représente subitement telle personne accomplissant tel acte, c'est signe que tel acte a eu lieu, telle autre vision sera le symbole de tel évènement réalisé, telle autre voudra dire simplement qu'elle a raison.«Ces intuitions ne la trompent jamais ». Un jour de l'année 1901, comme elle pensait à des choses indifférentes, simultanément il lui vint la vision du capitaine Dreyfus, emprisonné à l'Ile du Diable, et l'impression d'une grande souffrance. « Cet homme souffre trop, il est innocent» pense-t-elle.

Une de ces intuitions les plus anciennes lui avait montré le juge d'instruction, son ennemi, tenant en main une valise, la même dont lui avait parlé son amant, et qui devait contenir des valeurs. Elle n'aurait compris qu'en 1903 toute l'importance de cette vision

survenue en 1888. Nombre de ses intuitions furent d'origine céleste ; jamais elles n'ont pris le caractère de voix. Elles ont toujours été plus vives et plus nombreuses dans les moments de malaise moral (1888, procès ; 1901, rupture avec un protecteur et mécontentement au sujet de ses filles ; 1903, persécutions.) Brusques et intermittentes, elles ne sont reliées entre elles par nulle image et nulle idée. Il leur arrive seulement plus tard d'être objet d'interprétations syllogistiques. Un sentiment superstitieux, cependant, occupe d'une façon continue Mme Granet, celui d'une fatalité acharnée contre elle : « Rien ne lui réussit plus, de tous côtés on la tracasse et on l'espionne ; tout cela dure depuis 14 ans, depuis le procès qui a tout changé. » Un de ses enfants est mort ; les deux autres tournent mal, trompant ainsi des espérances de près de vingt ans, un amant précieux l'abandonne ; des disputes avec ses deux filles viennent lui porter un dernier coup elle vieillit, et se trouve moralement très seule (1902).

A ce moment elle fait la rencontre de sa future codélirante qui lui plaît instantanément. C'est notre malade, Marie Forel, domestique, alors à la recherche d'une place. C'est une débile, avec dispositions mélancoliques, peut-être un peu déprimée à cette époque, mais néanmoins capable d'une bonne activité, sujette à des colères durables, plus que violentes, à des crises de suffocation et de larmes durant parfois « un jour entier ». Elle paraît avoir traversé, il y a quinze ans, une période vaguement délirante, réduction de son état actuel. Un amant, d'un rang supérieur au sien, et qui habitait dans sa maison, lui ayant défendu sans succès de fréquenter telle ou telle autre femme de la maison, et lui ayant dit, par jalousie, qu'elle se donnait l'air d'une lesbienne, elle aurait pensé très longtemps que diverses personnes, dans l'entourage, portaient la même accusation.« Cela avait pris dans la maison. »« Longtemps les gens n'y ont plus pensé, on a recommencé depuis quatre ans. » Elle semblait donc pencher vers la mélancolie plutôt que vers la persécution. En 1902, elle n'était pasdénuée de ressources; trois vieilles filles, dont l'association ne manquait sans doute pas de pittoresque, lui avaient sous-loué une de leurs chambres ; elle passait ses après-midi à bavarder dans un certain bureau de placement, et se créait de petits bénéfices en tirant les cartes aux autres femmes, sans places comme elle.

L'histoire de sa jonction avec Mme Granet illustre cette donnée bien connue des attractions qui réunissent pour ainsi dire aux mêmes ronds-points, et des sympathies qui signalent les uns aux autres les dégénérés de types divers (Morel, Magnan, Blanche). Cette notion se retrouve à chaque pas dans l'étude de la pathologie collective (toxicomanie, criminalité, ou codélire).

Marie Forel tirait les cartes chez une fleuriste, accessoirement manucure et peut-être autre chose encore, quand se présenta Mme

Granet, qui, après quelques mots lui dit : « Venez chez moi vous me ferez mon ménage le matin, et en outre vous me tirerez les cartes. » Marie vint quelques heures chaque jour, et au bout de deux semaines elle disait à sa maîtresse. « C'est drôle comme tout le monde me connaît dans votre quartier, je n'y comprends rien, je croirais qu'on me suit «. « C'est comme moi ; dit Mme Granet. Je ne voulais pas vous en parler. »

Nous nous sommes fait redire par l'une et par l'autre, séparément, nombre de fois cet épisode, et le récit fut toujours le même. Quinze jours après l'entrée en service de Marie, dialogue entre elle et sa maîtresse. La servante dit de son propre mouvement : « Je crois être suivie ». La maîtresse répond aussitôt : Je le suis aussi ; je ne voulais pas le dire la première ». Après quoi, la maîtresse raconte l'histoire du père de ses enfants, toutes les deux sont très ennuyées, mais à ce moment-là ne tentent rien pour se défendre, etc. Leur conclusion est : aucune de nous d'eux n'a été suivie la première ; nous l'avons été en même temps ».

On pourrait se demander si la réponse de Mme Granet « Je le suis aussi » ne serait pas le fait d'une intuition instantanément transformée en illusion rétrospective. Mais divers traits déjà cités et la tendance paranoïaque si accusée à l'heure actuelle prouvent qu'elle a devancé son amie dans la voie de l'interprétation et de la méfiance.

Comme aucune confidence notable n'avait encore été échangée jusqu'à ce dialogue, il faut admettre que la maîtresse a suggestionné sa servante à son insu. Elle a dû le faire par l'attitude, par diverses remarques incidentes, par des recommandations spéciales. Marie Forel déclare nettement : « Avant de connaître Mme Granet, je n'avais pas été espionnée, ni tracassée, j'étais tranquille ». Est-ce à dire que Mme Granet fut cause principale du délire qui se déclarait chez sa servante ? Nous ne le pensons pas.

La servante se trouvait d'avance en imminence morbide, cela à un degré tel qu'un adjuvant extérieur quelconque pouvait déterminer chez elle le déchaînement d'une vésanie et cette vésanie eût contenu, sans doute bien qu'à un degré un peu moindre, quelques idées de persécution. Les preuves de l'imminence morbide, nous

les trouvons dans les antécédents de la malade, dans son malaise moral, dans la rapide éclosion de son délire, enfin dans l'évolution ultérieure. Sans la rencontre de Mme Granet, elle serait entrée à coup sûr plus tardivment dans sa vésanie dépressive, elle aurait débuté peut-être par des idées mélancoliques, au lieu d'idées de persécution, l'appoint qui restait nécessaire pour déterminer l'éclosion de la vésanie aurait pu être fourni par un plus long chômage, par la diminution de ses ressources, ou par quelque incident fortuit ; il pouvait arriver aussi que, malgré cette imminence aiguë, nul délire ne se fût déclaré à cette époque : il n'en serait pas moins vrai que *l'imminence existait*, et que toute cause pouvait déclancher le délire, autrement dit, que pour la naissance de ce délire *un processus de contagion n'était pas spécialement nécessaire*. Ordinairement, dans les délires communiqués proprement dits, le sujet passif apporte pour quote-part *l'aptitude morbide*, mais non *l'imminence morbide* ; celle-ci lui est conférée peu à peu par la vie commune avec le sujet actif. Ici le sujet qui semble passif arrive au contact de l'actif pourvu de son imminence morbide. La genèse de l'état délirant s'est donc faite, chez le sujet passif, pour la plus grande part spontanément, et pour la moindre, par influence. Entre nos deux codélirantes, il y a *simultanéité pour ce qui est de l'imminence morbide, communication pour l'idée seulement.*

Déjà sous ce rapport, notre cas participe de deux processus et ressortit à deux prototypes. Mais il faut en outre remarquer que l'idée délirante n'est pas tout le délire. Notre sujet, à demi-passif, nanti d'une idée délirante, y réagira d'une façon si personnelle qu'elle nous prouve qu'il était porteur non seulement d'une diathèse psychique héréditaire, mais encore de cette même diathèse dans un état d'activité.

II. — Marie Forel est restée au service de Mme Granet environ sept mois (du milieu de mai 1902 au 14 décembre de la même année). La découverte de l'espionnage eut lieu quinze jours, au plus trois semaines, après le début de leurs relations, et cela, bien qu'elles ne se vissent que deux ou trois heures par journée. Pendant les six mois qui suivirent, elles furent constamment espionnées, on sur jetait des regards suspects. « Nous étions intriguées, nous cherchions d'où pouvait venir cet espionnage, nous ne savions

rien, nous pensions que cela finirait. Pour Marie Forel, c'était du nouveau ; elle n'avait jamais connu ça (?). Avant de me connaître elle était tranquille (?) Depuis, elle ne l'a jamais été.

Bientôt les deux femmes sont certaines que leurs espions forment une bande ; on cherche quel en peut être le chef ; au bout de quelques mois, la servante déclare « sûrement c'est le père de vos enfants ». En octobre 1902, Mme Granet change de quartier, tout en gardant Marie Forel à son service.

Chez celle-ci, le délire avait progressé plus rapidement que chez sa maîtresse. Nous croyons aussi que celle-ci, par nature était assez peu portée à chercher logiquement les raisons de la conspiration ambiante, qu'elle ne posait pas les questions, et qu'elle y répondait seulement par intervalles, avec son imagination. Mais elle tirait de son propre fond une crainte spéciale, celle d'être accusée d'habitudes lesbiennes. De plus, en moins de trois mois (juillet 1902) des hallucinations surviennent ; les gens qui la croisent dans la rue murmurent des insultes « entre leurs dents ». Elle est seule à entendre les sons et à voir le mouvement de la bouche. Sa maîtresse n'entendra des voix que l'année suivante Par contre, toutes deux ont en commun, après octobre 1902, une grande vigilance auditive, allant jusqu'à des illusions. Ainsi elles entendent *simultanément* dans les logements voisins du leur « des toussements, des crachements, et des cognements ». Toujours plus positive, Mme Granet voit sa vie menacée, on jette un boulet à l'étage au-dessus, on essaie de forcer sa porte ; d'octobre 1902, à janvier 1903, on met de l'arsenic sur son pain.

Marie Forel plus déprimée, *plus résignée*, était aussi plus silencieuse. Elle n'a pas fait savoir qu'elle entendait des mots grossiers, ni qu'on la soupçonnait de lesbisme. Elle ne se cherche pas d'ennemis personnels, ne voit que ceux de Mme Granet ; elle commente les persécutions, sans être personnellement méfiante : elle a honte d'être mal jugée, *elle est très humble.*

Dans leur idéation commune, les prières jouent un très grand rôle ; beaucoup de convictions viennent du ciel. La cartomancie les confirme ou les prépare. Les confidences ne vont peut-être pas jusqu'à apprendre à la servante la petite industrie vespérale de la maîtresse, elle connaît seulement l'amant principal, Comte de Cambert, à qui d'ailleurs elle ne plaît pas et qui veut la faire congédier « Le comte ayant quitté madame », l'argent manque, aussi la persécution redouble, et les deux femmes doivent se quitter ; la maîtresse assure que c'est faute d'argent, et la servante pour mettre fin aux accusations de mœurs saphiques, dont d'ailleurs elle ne parle pas à sa maîtresse (elle n'y fera allusion que plus tard).

—

Séparées, les deux femmes se rendent visite de temps à autre : le plus souvent Mme Granet vient dîner chez Marie Forel, qui ne travaille pas. Mme Granet, active, méfiante, sans cesse occupée de

raisonnements, voit se multiplier ses ennemis ; mais elle n'a d'hallucinations qu'après un an de délire actif, et peu nombreuses, Marie Forel, au contraire, a des intervalles d'accalmie, est généralement déprimée ; elle raisonne peu, n'a pas de tendance à organiser son délire ; en revanche elle a de riches hallucinations, et d'autres formes d'idéation automatique. Mme Granet, toujours de mise correcte et d'élocution abondante, s'adonne à ses occupations sans que rien dans ses allures ordinaires trahisse son délire ; parfois seulement une plainte lui échappe, ou elle fait une démonstration intentionnelle et limitée ; Marie Forel, au contraire, dans toutes ses allures, trahit ses préoccupations, son apathie, son déséquilibre ; mais elle ne fera d'acte médico-légal qu'en des tentatives de suicide. Madame Granet, nous l'avons vu, a donné le coup de pouce décisif aux tendances délirantes de l'autre ; celle-ci prend sa revanche actuellement en fournissant par intervalles des éléments au travail interprétatif de son amie, en l'orientant à son insu vers le romanesque, en l'incitant aux hallucinations et peut être en accélérant l'évolution négalomane ; car elle l'admire et volontiers(penchant heureux pour une cartomancienne) elle est optimiste pour autrui. Son ex-maîtresse lui garde une vive reconnaissance pour lui avoir fourni telle donnée dont elle fait ultérieurement un grand usage.

En 1903, dans la nouvelle maison de Mme Granet, fréquentent des individus mystérieux, qui usent de perruques et de fausses barbes, simulent des voyages, des absences. Leur manège semble se ralentir quand revient un peu de prospérité, c'est-à-dire quand le Comte reparaît. Mais celui-ci veut défendre à Mme Granet de recevoir les visites de Marie Forel ; en conséquence, il deviendra persécuteur dans quelque temps. Le Comte repart, Mme Granet est injuriée par les personnes de sa maison, elle s'en plaint à Marie Forel qui lui répond : « Et moi, on vient de m'appeler soulotte. Pour quoi ne me l'aviez vous pas dit ? ». En octobre 1903, un grand jeune homme, très distingué, se fait remarquer pas ses déguisements. En avril 1904, Mme Granet veut donner congé ; ses ennemis furieux frappent sa porte, lui envoient des mots orduriers, crachent sur son palier, l'enferment, font tomber de la poussière par les fenêtres. Par crainte des insultes de la rue, elle reste deux mois sans sortir sa concierge lui apporte à manger. Le 15 juillet, lendemain du terme, on l'expulse. Elle se loge en hôtel meublé, puis part en province, près de sa mère, pour obtenir un peu d'argent ; car ses meubles sont sous séquestre.

Durant le même temps, Marie Forel logeait encore chez ses vieilles filles ; mais elle s'aperçoit qu'un Monsieur, elle devinera plus tard lequel, habite une chambre « exceptionnelle » d'où il l'observe. Obsédée, distraite et dolente, elle ne fréquente plus les églises. En mars 1904, elle trouve un emploi chez une jeune femme, qui reçoit

des messieurs et à qui elle tire quelquefois les cartes. Ses services sont peu appréciés, on la trouve quelque peu bizarre ; les visites qu'elle reçoit de Mme Granet indisposent contre elle sa maîtresse, finalement, la scène suivante se produit. La maîtresse, Mme Nelly Dor, en entendant que Mme Granet veut voir Marie, défend à celle-ci de la recevoir ; et Mme Granet l'entend dire : « Ah partez, mais qu'elle ne monte pas », Marie Forel perd sa place (juillet 1904), et Nelly Dor, dans quelque temps, va devenir une persécutrice.

En août 1904, Mme Granet, qui a déménagé encore, aperçoit dans un restaurant deux femmes suspectes ; l'une est la mère, l'autre est la sœur de Nelly Dor.

En septembre 1904, soit six semaines après son renvoi, comme Marie Forel parlait de Nelly Dor à son amie, elle ajouta incidemment. « Que je vous dise, elle a au Crédit Lyonnais un coffre-fort. Mais je ne sais si tout le contenu lui appartient, à plusieurs reprises elle a dit : Quel malheur, s'il arrivait quelque chose à ce coffre-fort, ma sœur Marguerite a mis différentes choses dedans, tout serait perdu. »

Mme Granet en conclut vite que les valeurs de ce coffre fort lui appartiennent. Apprenant par Marie Forel que Nelly Dor a habité rue du Printemps elle fait dans cette rue une enquête sur le passé et sur les relations de Nelly Dor. Des concierges plus ou moins rusés lui fournissent des indications illimitées. Dans les descriptions qu'on lui fait, elle reconnaît diverses personnes, et tout un roman s'organise, avec, pour centre, l'idée de richesse.

En octobre 1904, on l'enfume, on urine à sa porte, on s'étonne de la voir vivante ; les figures se renouvellent sans cesse autour d'elle. Dans toutes les églises de Paris, dont elle visite plusieurs chaque jour, des prêtres toussent ou font des signes. De même les bedeaux, les quêteurs et les dévotes ; des femmes déguisées en religieuses simulent la truie ou la brebis et un Ministre radical les encourage ; il tient en main un chapelet rouge, un homme fait le coq pendant la messe. etc. De sa chambre, elle entend des voix dans les chambres voisines ; un éditeur et un magistrat, qui la regardent comme la personne la plus dépravée de l'univers, excitent ses filles à l'injurier et probablement abusent d'elles.

Ce même mois, elle adresse une plainte au Procureur, cherche à intéresser à sa cause la direction d'un grand journal, puis pensant que, pour toucher les fonds qui l'attendent au Crédit Lyonnais, il lui faut un extrait de son acte de naissance, elle part dans son pays natal. Durant tout le trajet, elle rencontre des gens que d'une parole, d'un geste, d'un regard, elle fait pâlir, ou met en fuite. En décembre 1904, deuxième plainte au Procureur. En janvier 1905, troisième plainte ; puis démarche auprès d'un publiciste.

En février 1905, plainte au Commissaire de Police de son quartier. Quatrième lettre au Procureur, et départ soudain pour Dunkerque, à la recherche d'un docteur Mollenbecque, ancien médecin

de l'armée. En mars, lettre au ministre de la justice, visite à un grand avocat.

Le 2 avril 1905, manifestation dans la rue. Mme Granet attend la sortie de Nelly Dor, et,la saisissant par le bras, lui dit : « Vous êtes une voleuse, vous ne vivez qu'avec ma propre fortune, venez avec moi chez le commissaire ». Les concierges dégagent Nelly Dor, et Mme Granet, sortant de sa poche une nouvelle lettre au Procureur,la lit aux passants rassemblés dont plusieurs lui donnent ce conseil : « Portez donc cela à *tel* journal. » Elle est laissée en liberté, sous promesse de ne pas recommencer ; elle a d'ailleurs, dit-elle, voulu faire un peu de bruit, mais non se livrer à des violences. En août 1905, le Comte de Cambert lui donne rendez-vous au Trocadéro, mais il a soudoyé des gens pour l'étrangler, elle n'y va pas. A la même date, elle met à la porte ses deux filles, qu'elle a continué de recevoir jusqu'à maintenant. Vers novembre 1905 on commence à l'appeler « Lesbienne », comme son amie. En 1906, on installe auprès de son lit un appareil électrique, grossière imitation de celui qui fonctionne chez Marie Forel ; celui là se contente de chauffer la tête, et d'exhaler des « odeurs d'hommes », elle doit coucher la fenêtre ouverte : c'est miracle si elle vit encore. D'ailleurs, depuis longtemps, elle ne chauffe plus sa chambre ; ce qui, joint à ses réclusions intermittentes, a nui beaucoup à son commerce.

En résumé, aux interprétations se sont ajoutées des illusions auditives nombreuses, quelques hallucinations auditives, des troubles de la sensibilité générale. L'exemple de Marie Forel n'a pas été sans activer la genèse des hallucinations et influer sur leur contenu.

Un trait curieux est celui-ci : des clients de passage, anciens ou actuels, aucun n'a été enrôlé dans la bande des persécuteurs. Donnée explicable sans doute par l'occupation de l'attention en leur présence, et par une sorte d'indifférence professionnelle à leur égard, eux disparus. En termes d'école, elle les pense sans *un* rapport exclusivement, sans prendre la peine de leur trouver une personnalité quelconque.

De la vérité de ses conceptions, elle trouve des preuves par l'induction, l'intuition ; les assurances formelles de certaines gens. Preuves inductives : les airs effarés de tel concierge, le silence subit de tel prêtre à qui elle montre deux doigts en croix, l'air de surprise de telle personne qui s'étonne de la voir debout, ou encore l'absence de telle autre. Ainsi quand elle se rend dans son village natal pour avoir un extrait de son acte de naissance, aux fins de toucher une certaine somme qui *peut être bien* est à elle, comme le secrétaire de la Mairie chicane un peu sur les prénoms, comme en outre le maire est absent, et qu'il y a une contradiction entre son secrétaire, qui le prétend sorti pour une affaire sérieuse, et lui qui dit en arrivant « Je reviens de la chasse », aussitôt ses doutes disparaissent, le

coffre-fort est bien à elle. De telles sautes d'idées dépassent les limites de la paralogie banale.

Voici des preuves par intuition : En 1888, j'ai vu la valise entre les mains de Prévost.Une autre fois, j'ai revu Prévost et la valise juste sur le pont Saint-Michel, par conséquent il arrivait de la gare du Nord, car il habite rue Bonaparte, il a donc volé la valise. En mars 1905, j'ai vu Briquet déguisé en Mollenbecque. J'ai vu Briquet en train de consigner tous ses actes tels, que je les raconte, sur un registre. J'ai vu Prévost avec une clef, ce qui veut dire sûreté de la chose. D'autres intuitions sont seulement suggestives (ainsi celles relatives à l'affaire Dreyfus, au général de Cambert,etc.).

Voici enfin,comme preuves, certains aveux formels des affiliés de la bande Prévost.« Dans l'église Saint-Michel,une jeune fille blonde, 18 ans, me suivait. Je lui ai demandé ce qu'elle me voulait, alors elle m'a demandé pardon pour tout ce qu'elle m'avait fait « j'étais forcée de le faire ». Je dis : « C'est la bande à Prévost » ? Elle me répondit : « Oui madame, pardonnez-moi ». A Saint-Roch, j'étais suivie par un homme âgé, à qui j'avais souvent donné des pièces de cinquante centimes. Je lui dis un jour.« Vous n'êtes pas assez payé pour cette besogne-là.« Je n'ai que vingt sous », me répondit-il. J'ai dit à Blanche Briquet elle-même, un jour : « A bas ces criminels ! » je le lui ai dit tout bas à l'oreille, dans une église ; la vendeuse de cierges m'a dit aussitôt : « Elles sont quatre ou cinq comme celle-là,mais moi je dois me taire. » Une autre fois dans une église, en province, elle rencontre Nelly Dor, qui disparaît, et une autre jeune femme effarée qui reste pour lui demander pardon.Ce sont là de véritables « *hallucinations du souvenir* » (Krafft-Ebing).

Malgré les troubles sensoriels, le délire reste à *prédominance intellectuelle*. La sensibilité profonde n'y entre pas en jeu, il n'y a aucune tendance à la dépression, la délirante conserve sa santé qu'elle regarde comme exceptionnelle, et une sérénité d'esprit mêlée d'un certain enjouement. Optimiste, elle a des moyens de défense qui sont tout d'abord des neuvaines, ensuite des gestes conjuratifs tels que les deux doigts mis en croix, des élévations spirituelles, des oraisons jaculatoires. « Combien de fois ai-je dit ces paroles : Dieu Tout Puissant, faites arrêter ces criminels, qu'ils soient confondus, terrassés, obligés d'avouer tous leurs crimes ! » Alors les gens disparaissaient blêmes comme la mort. Enfin elle compte sur la police qui veille tout spécialement sur elle. « La bande à Prévost voulait venir dans ma maison ; mais la Police y a porte ordre ». L'optimisme lui est si inhérent qu'elle étend ses idées de richesse hors des limites de son roman, de persécution. En plus du trésor qui est la cause de ses tribulations, il existe une deuxième fortune à elle léguée par un Monsieur Pieratoni, et une troisième probablement, appartenant à une demi-sœur qu'elle s'est découverte, et qu'elle cherche. Un ton orgueilleux se manifeste, accessoirement dans des pensées telles que celles-ci : « J'ai dû renvoyer mes deux

filles ; le *monde comprendra ma souffrance.* » Peut-être des idées de grandeur se feront-elles jour incessamment.

Grâce à cet optimisme, elle reste dans l'hôtel où on veut sa mort. Un appareil fonctionne la nuit, contre son lit, elle a entendu les patrons dire un jour, en enlevant ses draps. « Quand sera-ce fini ? mais persuadée qu'elle survivra, elle n'essaie pas de changer d'hôtel, nous donnant pour cela comme raison « que là au moins on lui fait crédit ». Bien des persécutés, à sa place, tomberaient dans le vagabondage plutôt que de rentrer dans leur chambre; bien d'autres, dans des crises d'anxiété, fuiraient ou appelleraient au secours ; jamais elle n'a fait rien de semblable.

Elle passe les journées renfermée, ne vivant, dit-elle, que de pain sec, grâce à quelques pièces que lui prête une couturière qui est sa voisine. Sa mise est pauvre, mais reste soignée. Bien éloignée de la réticence, elle expose volontiers son cas, soit oralement soit par écrit. Nous ayant proposé elle-même de nous rédiger ses mémoires « en vingt-cinq pages », elle ajoute « ce sera pour la vingtième fois j'en ai donné dix-neuf copies aux magistrats et journalistes. Ils seront finis pour demain soir ».

Au service de la sûreté, où elle s'est rendue « plus de cent fois » elle se flatte de recevoir toujours un accueil aussi favorable ; ces visites l'occupent, la rassurent et lui donnent à ses propres yeux une importance, autant ou plus peut être que ses visites aux gens d'église. Elle appartient à cette série des aliénés encore tranquilles bien connus du 5e Bureau de la Préfecture, où ils ont déjà leur dossier, et dont ils sont, qu'on nous permette cette expression, les malades libres.

Voici l'exposé global de sa thèse : Son ancien amant, l'ingénieur Briquet, s'est lié, après son évasion, avec son ancien juge d'instruction, actuellement le conseiller Prévost, et il a acheté la personnalité du Dr Mollenbecque. Prévost a jadis enlevé la valise pleine de titres laissés par Briquet à la gare du Nord.

Lorsque Nelly Dor habitait rue du Printemps, elle recevait les visites d'un ancien ami de Briquet, nommé Piératoni et surnommé dans la maison le « Petit Bossu », d'un monsieur surnommé le Petit Vieux, et qui n'était autre que Prévost, d'une grande dame d'un grand avocat, etc. Nelly Dor a déménagé, les visites se sont continuées, au temps où elle avait pour servante Marie Forel. Le Petit Vieux semblait entretenir cette Nelly Dor; le Petit Bossu se donnait pour son professeur ; en réalité tous vivaient sur le contenu du coffre-fort, propriété de Mme Granet. Pour toucher ses titres, il s'étaient munis d'un extrait de son acte de naissance, que sa mère leur avait livré. Marie Forel a été congédiée parce qu'elle avait livré. trop de secrets. *Un procès a lieu* en ce moment, on ne sait pas bien à quel sujet, mais l'ingénieur Briquet et le conseiller Prévost *sont tous les deux sous les verrous*, ce qui n'a d'ailleurs nullement amoindri leur influence.

Accessoirement, ils sont intervenus dans l'affaire Dreyfus pour mettre des faux en circulation ; le général de Cambert, frère du Comte, s'est joint à eux ; ils ont des complices dans diverses villes.

Par contre, *Mme Granet a une sœur de père qui est riche.* Un ancien ami de Briquet, M. Piératoni a légué à Mme Granet la propriété d'une grande fabrique, parce qu'il a eu pitié d'elle et de ses enfants et s'est repenti de ce qu'il a jadis dénoncé les faux Briquet.

Enfin, pendant ces derniers temps, Mme Granet a découvert qu'un certain comte de Brinois, qui habite dans la maison de Marie Forel, est l'auteur de l'installation des graphophones dont elle se plaint. Ce personnage est le seul persécuteur *non anonyme* attaché à Marie Forel : c'est un cadeau de Mme Granet.

III.

Marie Forel a de tout ce roman une connaissance très imparfaite. Elle ne sait pas si on tracasse Mme Granet en raison de ses richesses, ou en raison de leur amitié, ou pour toute autre cause ; elle se rappelle mal la date des faits ; en les exposant, elle ne leur cherche pas de liaisons, elle ne s'anime pas, elle semble même se souvenir à regret ; ratiociner sur l'imbroglio n'est pas pour elle un travail familier et nécessaire. Elle rencontre rarement sur son chemin les chefs de ses persécuteurs, ce n'est pas elle qui les a reconnus, elle ne cherche pas à nommer leurs suppôts nombreux et obscurs, qui sont partout. Tous ces ennemis lui sont communs avec sa maîtresse et amie, un seul lui appartient en propre, et porte un nom *mais elle ne l'a pas découvert* (comte de Brinois). Les locataires de sa maison, à part ce comte, ne sont pas les auteurs certains des bruits et des menaces qui l'entourent. Bien qu'ils aient fait une pétition aux fins de lui voir donner congé, et qu'elle le sache, elle n'a contre eux aucune haine.

Cet état d'esprit a deux causes, d'ailleurs connexes : *La malade est mélancolique, et son délire n'est pas à base intellectuelle.* L'hostilité ambiante l'a dès le début affligée plutôt que révoltée ; naturellement humble, elle se sent à charge à ceux qui la méconnaissent elle est prête même à se trouver des torts, nous la verrons en dernier lieu s'accuser de fautes imaginaires. Son vague délire d'il y a douze ans (la crainte d'être accusée de lesbisme) était déjà d'un être inerme, disposé à l'humilité.

Conjointement à la dépression, de nombreux phénomènes d'automatisme se sont emparés d'elle et la font vivre dans un état de passivité. « Elle a toujours été beaucoup plus injuriée que moi » dit Mme Granet. Ce ne sont pas seulement des mots isolés qu'elle *lit* sur la bouche des passants, ce sont des phrases et des discours qu'elle *entend*, sans discontinuer (un phonographe est installé dans sa chambre). La désagrégation mentale se traduit encore par l'écho de la pensée, par des obsessions impulsives, et par ces associations

psycho-sensorielles spéciales dont le résultat est de prêter des voix aux choses. *Son réveil lui tient des discours.*

En dernier lieu, les dessous dépressifs du délire se font jour formellement dans des phrases ; la malade croit à certaines accusations, s'accuse par exemple d'avoir jadis frappé et peut-être fait mourir sa mère. Elle se regarde comme une criminelle. Son réveil lui donne à présent des ordres. « Fais tes paquets, va-t-en, jette-toi par la fenêtre, empoisonne-toi.Effectivement,elle fait plusieurs tentatives de suicide.

Bien différente du persécuté ; elle a une demi-conscience de l'*irréalité des voix.* « On aurait dit que c'était une voix, quelque chose me parlait à l'oreille comme une voix d'homme, on énonçait ce que j'allais faire, ou ce que je pensais. Quand j'avais faim, il me semblait que des gens dans la cour disaient : « Je vais manger, j'ai faim ». Quand j'allais au lit, on disait : « Je vais me coucher ». « On a dit aussi qu'on connaissait mes pensées, mais je ne savais que croire, ce n'était peut-être qu'une idée à moi, Je n'y suis plus. » La malade dit ceci avec hésitation, par suite de son état de doute et de malaise, mais sans réticence.

Quand elle sort,elle est peut-être moins entourée que Mme Granet,étant moins interprétative.Elle ne se livre plus à aucun travail ; au bureau de placement on la regarde comme inutilisable ; mais elle continue de s'y rendre, souvent accompagnée de Mlle Granet, pour tirer les cartes aux domestiques sans place. Ses ressources sont épuisées, mais Mlle Granet paie son loyer,par reconnaissance pour les indications capitales qu'elle lui a fournies. Finalement elle reste enfermée toutes ses journées ; Mme Granet lui conseille de sortir, de se fatiguer, afin d'échapper à ses insulteurs, pendant la nuit, par le sommeil ; elle lui conseille aussi de ne jamais leur répondre, de garder toujours son sang-froid (Marie Forel lui donne, d'ailleurs le même conseil, sans qu'elle le suive). Plusieurs fois, Marie Forel se précipite échevelée et peu vêtue dans l'escalier, la concierge constate qu'elle ne se nourrit plus, les locataires demandent son expulsion. Un jour, elle entend la voix d'une voisine lui ordonnant de se précipiter par la lucarne de sa mansarde,mais la lucarne trop étroite ne la laisse pas passer entièrement, on est forcé de la dégager. Le lendemain, elle essaie de s'empoisonner. « J'ai bu une grande tasse d'alcool à brûler et j'ai dû rester trois jours endormie. A mon réveil la tasse n'était plus à sa place et beaucoup d'objets avaient été dérangés. Pendant mon sommeil on était entré chez moi et on m'avait opérée. On m'avait coupé, puis recousu les deux talons, en outre on m'a enlevé une fesse, et on l'a recousue je l'ai bien senti. Peut être étaient-ce des malfaiteurs,peut être a-t-on voulu me soulager. « Quand je me suis réveillée, il y avait dans mes draps comme un liquide gommeux et visqueux. On m'avait peut être fait vomir J'ai été autrefois domestique chez un chirurgien des hôpitaux, il

était peut-être avec ces gens. » Dix jours plus tard, elle était amenée à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Toute la portion mélancolique de son délire et une partie de ses hallucinations apparaissent à son amie Mme Granet comme de la folie pure et simple : mais cette folie elle-même était l'œuvre des persécutés.

« Songez qu'à la fin elle dialoguait avec son réveil. Elle se disait une criminelle, elle croyait qu'on lui avait coupé et recousu une fesse. C'est ce phonographe qui l'a rendue folle. Elle aurait dû sortir, se fatiguer, dormir, et surtout faire comme moi, ne pas répondre aux voix ».

Dans le délire de Marie Forel, il n'y a pas place pour la mégalomanie : elle ne croit pas à la possibilité d'un évènement heureux pour elle, elle croit seulement à la richesse de son amie, et encore, s'en préoccupe peu. Cette faible portion de ses convictions constitue un fragment *de délire imposé*, c'est-à-dire une idée délirante reçue d'autrui, mais sans aptitude délirante connexe, par conséquent, inerte et stérile. Aucun travail d'esprit antérieur, aucune tendance personnelle ne la préparait à s'assimiler l'idée de richesse, même après quatre années de délire, alors que dès avant la rencontre de Mme Granet, elle était mûre pour les idées de persécution.

IV.

Les délires des deux associées sont bien différents dans leur base, leur composition, leur nature. Le délire de Mme Granet semble au premier abord répondre au concept de la paranoïa persecutoria, au sens de Krafft-Ebing (*Traité de Psychiatrie, trad. franç.*, p. 444 et 599) et de Kræpelin (*Lehrbuch der Psychiatrie*, 6e *éd., allemande*, vol. II, p. 437) en raison de la prédominance intellectuelle, de la mise en jeu toute superficielle des sensibilités, de l'origine assez personnelle de certaines tendances, du peu d'étendue des hallucinations, enfin de la progressivité jusqu'ici continue ou très faiblement rémittente.

Mais, à l'examiner de plus près, le degré avancé de dissociation intellectuelle sur lequel le délire s'est fondé, le rôle important des phénomènes d'automatisme intellectuel, l'oubli facile des conceptions et leur facile renouvel-

lement, la systématisation trop faible, le fonds de méfiance originelle trop peu marqué, obligent à le laisser en dehors du cadre de la paranoïa. D'autre part ce n'est point un délire polymorphe. Le titre de délire de persécution chez un dégénéré lui convient indéniablement, mais il s'agit d'un délire de dégénéré avec des caractères spéciaux, dont plusieurs rappellent la paranoïa.

L'absence de tout élément érotique est ici remarquable. Comme particularité, nous noterons la rapide apparition des idées de grandeur, qui si elle a pu être aidée par le fait du délire à deux, n'en a pas moins son origine dans le caractère même de la malade. Il est à remarquer en effet que la malade n'est par nature ni acariâtre ni haineuse, que le sentiment de sa résistance miraculeuse, ébauche d'une mégalomanie, a existé dès le début, et que son optimisme, dès le début, va de pair avec sa tendance interprétative. Il y a certainement un lien entre la stabilité du tonus, chez certains délirants, et leur tendance aux idées de grandeur. Un intermédiaire non syllogistique, mais psychologique, est le sentiment de leur infrangible résistance. Les syllogismes s'adaptent au sentiment de grandeur, marquent son développement et le consacrent ; mais il était préétabli. Cette donnée expliquerait peut-être qu'une partie seulement des paranoïaques (un tiers pour Krafft Ebing) verse dans la mégalomanie.

Cette égalité du tonus contraste avec la dysesthésie, qui se signale dès le début du délire chez Marie Forel. Nous ne saurions l'appeler exactement ; mélancolie avec idées de persécution, puisque les idées de persécution ont été précoces ; les *idées* mélancoliques tardives, que la malade a conservé longtemps une activité notable, qu'actuellement encore elle n'a pas atteint ce degré de souffrance morale avec inhibition. qui est le fait capital dans la mélancolie vraie. C'est une sorte de persécution mélancolique, avec crainte, humilité, sentiment d'innocence côtoyant la tendance à l'indignité, troubles de la nutrition importants dans l'étiologie, confusion légère, enfin probabilité de marche rémittente.

Si nous examinons ces délires au point de vue de leur genèse, nous verrons de suite que M[me] Granet a incubé le sien sans auxiliaire, que tout au plus Marie Forel l'a ai-

dée à en mieux prendre conscience, à la manière d'un confident qui ne nous sert qu'à parler tout haut avec nous-même. Sans Marie Forel, elle eût déliré à peu de chose près à la même date.

En est-il de même pour Marie Forel ? A la date de mai 1902, elle était en imminence de délire, l'imminence était à la limite, mais un appoint était encore nécessaire, pour que le délire se déclarât. Cet appoint pouvait être interne (fièvre, névralgies, chagrins intimes) ou exogène (choc moral, accident, chômage). En l'absence de cet appoint, l'échéance morbide pouvait être ajournée ou ne pas se produire.

Dans l'espèce, l'appoint fut fourni par quelques heures de conversation avec son amie nouvelle, Mme Granet. L'idée nette de persécution, déposée en elle par cette dernière, fut un terme assorti à son malaise et l'aidant à en prendre conscience, à le faire durer. L'idée, telle qu'elle, n'était qu'un *ferment* assez faible, qui n'a vécu et prospéré que parce qu'il tombait dans un esprit déjà rempli de ferments analogues ; qu'on nous permette cette expression : il a *réveillé des cultures. L'idée* a pu être communiquée, mais non à proprement parler l'*idéation.* Le terme de « délire communiqué », au sens intégral du mot, ne convient donc pas à un tel cas, il n'est que partiellement admissible. En effet, pour une contingence de plus ou de moins, tout le délire de Marie Forel se fût développé isolément, sans auxiliaire, sans témoins même. Le terme de « délire simultané » ne serait pas exact, lui non plus, (malgré l'isochronie notoire) parce qu'il désigne généralement des délires issus des mêmes causes au même moment. Or, ici les délires sont bien *contemporains*, mais les préparations des deux délires se sont faites, pour la plus grande part, *séparément.* Ce sont presque deux aliénées de forme différente qui sont venues en contact, et dont l'une a exercé sur l'autre une *induction*, en ajoutant à sa dépression commençante une trame de persécution plus solide que celle qu'elle aurait tissée à elle seule. Nous renonçons à dépeindre d'un mot une relation aussi ténue, et en même temps aussi complexe ; nous nous contenterons de constater, grosso modo, que l'importance de l'apport psychique a été réduit, dans notre cas, au *minimum imaginable.*

Etudions maintenant leur évolution. Marie Forel n'a pas contribué à la direction du délire, ce serait même plutôt malgré elle qu'il a pris une allure, expansive, chez Mme Granet. Elle a fourni ingénûment quelques détails (adresses, description de personnages) que Mme Granet a seule mis en œuvre.

Ce rapport n'a jamais été qu'intermittent et parcellaire. Elle a accéléré le délire par le contact de son émotion, par son adhésion aux conceptions, par les suggestions innombrables et les confirmations puissantes tirées de sa science cartomantique. Par les cartes peut-être, et par là seulement, elle a pu seconder l'optimisme de Mme Granet (si nous ne comptons pas l'influence trop vague d'une amitié réconfortante et d'une constante admiration).

Leur entente a été aidée, au début, par un ton de familiarité assez fréquent, dans les milieux de la galanterie, entre la maîtresse et la servante, mais aussi par le caractère affectueux et expansif (malgré ses méfiances subsidiaires) de Mme Granet, et par leurs suggestibilités respectives, dues chez l'une à l'humilité déjà connue, chez l'autre aux troubles de l'association des idées (paralogie, intuitions etc.). Ces conditions ont suppléé à la cohabitation continue (leurs contacts n'étaient au début que de deux à trois heures par jour ; ils ont été ensuite plus prolongés, mais par contre plus espacés).

La communauté de délire entre maître et domestique (tous modes de contagion compris) est relativement rare (3 %) ; *entre amis ou amies, elle est plus rare encore* (pas un seul cas sur une série de 72) ; alors que entre sœurs elle est de 28 % et entre mère et fille 29 %. (Marandon de Montyel : *Des conditions de la contagion morbide*, A. M. P. 1894 I p. 481).

Les évolutions des deux délires étaient nettement préétablies. Les différences mêmes qu'ils ont montrées dès le début sont une preuve entre autres de l'indépendance de leur genèse. Ce sont deux imminences morbides et non pas seulement deux constitutions pathologiques, qui se sont rencontrées et associées. Marie Forel n'a pas d'activité mégalomane, Mme Granet a peu de troubles de la sensibilité générale, elle ne connaît pas non plus l'écho

de la pensée ni le langage des choses. Les symptômes différents correspondent à des substratums organiques différents. Aucun des co-délirants n'a éprouvé par le seul fait de l'imitation, un seul des phénomènes auxquels il n'était pas constitutionnellement préparé. Seulement Marie Forel croit à la richesse de Mme Granet, et celle-ci croit au phonographe de son amie ; *leurs croyances dépassent donc un peu les limites de leurs aptitudes* ; *ces aptitudes toutefois tendent à limiter leurs croyances*; Mme Granet ne croit pas au langage du réveil, ni aux résections mystérieuses ; elle ne croit pas non plus à la culpabilité de Marie Forel, et elle n'a aucune tendance à se rechercher cher une culpabilité à elle-même. L'aptitude limite donc l'envie d'imitation et en même temps la crédulité. De son côté Marie Forel, si elle croit à l'existence des richesses de Mme Grasset, n'en fait pas un objet de pensée bien important ; à fortiori ne s'est-elle cherché à elle-même ni des richesses ni des grandeurs. Dans le cas particulier, *aucune n'a créé à l'autre d'aptitude*. La communication du délire est restée pour chacune limitée aux séries d'idées qu'elle aurait pu produire elle-même. Nous comptons pour rien en effet la transmission de certaines conceptions fabuleuses, si elle n'est pas accompagnée ou précédée de la transmission de l'aptitude à les exploiter.

Par certains traits notre cas se distingue des cas habituels. Les deux codélirant vivent la majeure partie du temps séparées, elles n'ont aucun intérêt commun ; même leur solidarité morale était encore peu accusée quand leur délire s'est révélé (preuve nouvelle d'une préparation déjà très avancée chez le sujet même le moins actif) ; l'idée de l'hostilité ambiante a satisfait d'emblée chez l'une des deux une tendance mélancolique plutôt qu'un caractère paranoïaque. Elles ont toutes deux les mêmes ennemis ; *mais ces ennemis ont visé pendant très longtemps une seule d'entre elles*. Enfin elles n'ont jamais éprouvé en même temps d'hallucinations auditives (seulement des illusions auditives).

Par contre des données bien classiques sont l'influence considérable de la misère soit dans l'éclosion du délire soit dans son accélération (recrudescences, hallucinations). La misère a d'ailleurs agi différemment chez les deux dé-

lirantes ; Mme Granet, seulement irritée, a gardé sa santé intacte; Marie Forel, toujours profondément affectée, a présenté rapidement toutes les suites physiques et psychiques de la malnutrition.

A considérer chez Mme Granet les conceptions mégalomanes et chez Marie Forel les phénomènes de désagrégation on reconnaîtra que l'évolution a été plutôt rapide. Elle l'est d'ordinaire, semble-t-il, dans les cas de délire collectif. Dans tous les modes de délire, les délirants collectifs, suivant la remarque de Marandon de Montyel « brûlent les étapes ». En particulier l'évolution mégalomane semble être, chez eux, plus précoce. Elle semble en même temps plus fréquente.

Peut-être le passage de l'idée délirante aux actes médico-légaux est-il pour cette raison plus prompt. Sans l'exaltation qu'elle a reçue de ses dialogues avec son amie peut-être Mme Granet ne se serait-elle pas livrée à l'agression contre Nelly Dor.

Nous avons dit renoncer à qualifier d'un mot le mode de collaboration de nos deux délirantes. Un grand nombre des cas de délire collectif présente cette même difficulté, et cela pour une raison bien claire. S'il est relativement facile de dénommer une maladie due à un processus unique, il est par contre très difficile de résumer en un seul mot les éléments disparates, et pour une part contingents qui constituent une individualité (un surnom, par exemple, n'est jamais entièrement satisfaisant) à plus forte raison est-il impossible de synthétiser les modes de réaction de plusieurs individualités connexes.

Pour cette raison, nous croyons que les délires, en tant que collectifs, offrent une infinie variété ; si les types simples existent, et doivent servir de repères, autour desquels grouper les autres. par contre, les cas intermédiaires, contrairement à ce qui se passe ailleurs, sont forcément les plus nombreux.

Dans chaque cas, les individualités s'influencent par leurs qualités psychologiques, autant que par leurs traits délirants, et l'ensemble, pour cette raison, appartient à la *peinture de mœurs* presque autant qu'à la psychiatrie.

V.

Il nous reste à dire quelques mots de la tentative d'empoisonnement accomplie par Marie Forel. Pour avoir ingéré environ un tiers de litre d'alcool à brûler, elle est jetée dans un état de narcose dont elle estime la durée à trois jours et qui en tout cas a dépassé 36 heures. Cette période de narcose semble s'être installée brusquement sans période initiale d'excitation motrice, ni de délire. Elle a été accompagnée, au début, de vomissements copieux. Cette marche des phénomènes est-elle attribuable seulement à la massivité de la dose ? faut-il mettre en ligne de compte la composition même du produit ? Cette dernière hypothèse mérite d'être examinée. L'alcool a brûler contient, outre l'alcool *éthylique* ordinaire qui en constitue environ les 8 9, du *méthylène*, 1/9, de la *benzine* 1/20e. (Barbe). Notre malade aurait absorbé ainsi environ quinze centimètres cubes de benzine et trente ou trente-cinq centimètres cubes de méthylène. Il semble que la benzine ne soit pas toxique à faible dose pour les animaux supérieurs (8 gr. par jour absorbés sans inconvénient par doses de 2 gr. Manquat). Ingérée, elle serait moins active qu'inhalée. Enfin elle serait convulsivante. Le méthylène contient 65 % d'alcool *méthylique*, 15 % de matières organiques et 20 % d'*acétone*. Notre malade aurait ingéré 8 gr. d'acétone. De nombreux auteurs, entre autres Küssmaül, Cantani, Marro, ont attribué à l'acétone la production du coma diabétique. Pour Albertoni, West, etc. la toxicité de l'acétone est assez faible ; 6 à 8 grammes par kilogramme d'animal seraient une dose à peine nuisible (voir Lailler, *Annales Médico. Psych.* 1892, I, 206.) Cependant, d'après Joffroy et Servaux, la dose de 5 grammes par kilogramme serait déjà toxique. (*Arch. de Méd. Expér. et d'Anat. Path.* 1895).

Peut être aussi existe-t-il parfois dans l'alcool à brûler une notable quantité d'*alcools dits supérieurs*) ? Il y aurait alors lieu d'incriminer ces derniers, leur toxicité étant énorme (alcool amylique 40 fois plus toxique que l'alcool méthylique ; 0,63 pour 1 kg.) et précisément leur action est spécifiquement narcogène (Magnan et Laborde 1887. Magnan. *Recherches sur les centres nerveux* 2e série, p. 64. Eaux-de-vie de maïs et de betterave).

Les doses actives d'acétone, de benzine, et d'alcools ont été d'ailleurs beaucoup moindres que les doses ingérées puisque la malade a vomi abondamment : mais par suite de sa malnutrition, elle présentait évidemment une résistance très affaiblie.

Cette rapidité de l'intoxication, avec dose infinie de toxique, cette absence d'agitation, cette narcose durable, se retrouvent dans une observation du docteur Barbe (*Arch. de Méd. navale*, mai 1906. Compte-rendu *Journal des Praticiens*, 27 juin 1906, et *Revue Pratique des Connaissances Médicales*, septembre 1906,)

Il s'agit d'un adulte ayant pris en lavement *deux cuillerées* d'alcool à brûler (croyant prendre de la glycérine) Narcose immédiate et prolongée, trismus, myosis, cyanose, réflexe aboli, analgésie. Pendant 48 heures déglutition impossible.

L'examen physique de notre malade réservait des surprises. Ses talons présentaient, au premier aspect, des ampoules sous lesquelles il était facile de reconnaître un processus gangréneux au début. L'odeur en était caractéristique. La fesse gauche, dans la région rétro-trochantérienne,porte un placard ecchymotique compact et beaucoup plus large que la main. Enfin dans le pli interfessier, nous découvrons sur la fesse gauche deux lésions exactement contiguës : l'une est une plaque de gangrène sèche, violacée, de forme vaguement trapézoïde, avec un de ses côtés bien rectiligne, l'autre une ulcération ovalaire légèrement creusée en entonnoir, et exhalant comme les talons une odeur de gangrène humide.Nous cherchâmes inutilement à cette dernière lésion une origine syphilitique. De plus,selon toute vraisemblance, cette ulcération, la plaque de gangrène sèche, l'ecchymose fessière et les lésions calcanéennes devaient être contemporaines et avoir une même origine.Nous proposons cette hypothèse: durant sa période de narcose la malade est tombée de son lit ; après cette chute, plusieurs points ont été, grâce à son immobilité, soumis à une pression prolongée ; les talons et la paroi gauche du pli interfessier.En ce dernier point,il y a lieu de croire qu'un objet dur,reposant sur le sol,a produit une compression toute locale (ulcération circonscrite, placard a été rectiligne). La mortification des tissus a été aidée par l'inanition, la cyanose, l'intoxication générale, et sans doute, consécutivement, par un certain degré de névrite.

Un fait digne de remarque est l'indifférence de la malade pour ses lésions. Elle marche, enlève et remet ses bas sans paraître aucunement souffrir. La piqûre est à peine perçue. Pour comporter un tel degré d'insensibilité et d'apathie, il faudrait une mélancolie bien plus profonde (la malade va et vient, se prête volontiers aux dialogues,sourit,etc.).Seul un certain degré de *névrite* nous les explique.Il est à remarquer que cette analgésie ne s'accompagne pas de douleurs spontanées. Ce fait, assez fréquent dans les névrites dues à l'alcoolisme éthylique chronique,ne doit pas nous surprendre dans ce cas suraigu.L'absence de douleurs spontanées sert jusqu'à un certain point de signe distinctif entre la névrite alcoolique et des névrites d'autre origine, la névrite arsenicale par exemple. (Prof. Raymond, *Journal des Praticiens* 1906, 14 juillet.) Légère dysphasie au début,aucune douleur dans les jambes ; seulement quelques douleurs gastriques. Réflexes rotuliens presque nul hypoalgésie à la piqûre et hypoesthésie très marquée : Légers troubles de l'équilibre vraisemblablement dénués de toute origine centrale.

Le lecteur se rappelle sans doute que durant sa période de nar-

cose, notre malade a cru se sentir opérée. Ses talons et ses fesses ont été coupés, puis rajustés et recousus (elle a senti très bien les tiraillements de la couture). C'est là une illustration bien nette de l'origine périphérique de certaines hallucinations de la sensibilité générale, causes elles-mêmes d'idées de persécution corporelle ou d'idées hypochondriaques. Ces sensations nous montrent d'ailleurs que les lésions ont eu sûrement leur origine dans le cours de la narcose toxique.

En résumé, ce cas met bien en évidence certains traits de l'intoxication par l'alcool à brûler. Ce sont ; l'effet intense d'une dose peu élevée, la narcose brusque, en coup de massue, l'absence de motricité et de délire, et la névrite consécutive (analgésie, gangrène.)

Il convient en outre de remarquer l'atteinte d'une portion du pneumogastrique (innervation des voies digestives supérieures) atteinte ici légère, beaucoup plus marquée dans le cas de Barbe. Peut être y aurait-il là une sorte de localisation élective qu'il conviendrait de rechercher désormais dans les cas d'intoxication par l'alcool à brûler. Cette même localisation a été signalée dans un cas d'intoxication *massive* par de l'eau-de-vie de *bonne qualité*. La paralysie se serait manifestée dès le début par de l'inertie stomacale, les filets respiratoires et cardiaques du pneumogastrique restant intacts. Guérison infiniment plus rapide et plus complète que dans nos deux cas d'intoxication par l'alcool à brûler. (Voir observation et commentaire in *Bulletins de la Société de méd. légale de France*. T. VI, 1881, p 294. Dr Leblond. Besançon.)

VI.

L'observation de ces deux malades était entièrement rédigée, lorsque, le 24 octobre 1906 Mme Granet fut à son tour amenée dans notre service. Son interrogatoire confirma notre opinion touchant la genèse des deux délires ; il ne nous apprit rien d'essentiel quant à la trame des conceptions ; par contre, l'attitude de la malade fut un peu différente de celle qu'elle était six semaines avant, et ses propos nous révélèrent une curieuse variabilité du délire.

1. — Le début des deux délires associés a été bien celui que nous avons exposé. Chez Mme Granet existait une tendance interprétative ancienne, à plusieurs reprises elle a été *suivie* pendant de courts laps de temps, deux ou trois jours par exemple. Après quoi elle restait huit ou quinze jours tranquille. (Ainsi la tendance interprétative a manifesté dès le début une allure nettement *rémittente*, que

nous retrouvons à quelque degré, bien plus tard, dans le délire lui-même.

Ces suivages ont été particulièrement continus et fréquents en janvier, février et mars 1902 ; elle s'en est aperçue un soir, seule, comme elle revenait du Cirque ; ils étaient à leur maximum au début d'avril 1902, époque où elle a rencontré Marie Forel. « A ce moment, Marie Forel ne se doutait absolument de rien, elle ne supposait pas de pareilles choses, elle était à cent mille lieues d'y penser. Quand elle m'en a parlé, elle a bien pensé tout de suite qu'elle était suivie *uniquement à cause de sa liaison avec moi.* Je lui ai dit : ma pauvre fille comme je suis contrariée ! En bonne personne, elle a continué à me servir. Nous nous sommes parlé de cela au bout d'une quinzaine de jours (ici, réédition textuelle des récits déjà entendus). Je lui ai expliqué plus tard l'histoire du père de mes enfants. Depuis lors, nous avons été très suivies. »

2° Les hallucinations auditives ont été chez Mme Granet, relativement rares, toujours courtes et peu distinctes.

Ce sont des cris d'animaux égorgés, des injures comme « vache, sorcière, cougnotte » de courtes formules, comme « elle déménage » ou encore « ça brûle les bicots » (c'est-à-dire elle va mourir). Ces phénomènes ont été plus accusés il y a 6 mois. Jamais elle n'a entendu de phrase un peu compliquée. Des chuchotements prolongés, se sont fait entendre une fois ou deux dans la chambre voisine, tout récemment, ce devaient être les voix des gens bien intentionnés, les fonctionnaires de la police, en train de surveiller l'appareil. Les hallucinations, en un mot, semblent être restées toujours proches de l'illusion. Une chose diminue, d'ailleurs, l'importance de ses affirmations quant aux faits hallucinatoires, à savoir la facilité avec laquelle elle transforme ses idées en convictions, et ses convictions en souvenirs; la preuve en est dans les variations de ses récits dont nous donnerons plus loin des exemples. — Les notions importantes sont celles-ci : jamais elle n'a entendu de phrases ; un processus d'illusion semble figurer à l'origine de ses quelques hallucinations ; ces dernières ont été incomparablement moins nombreuses que celles de Marie Forel. Enfin, jamais nos deux malades n'ont entendu simultanément les mêmes voix, mais seulement parfois les mêmes bruits.

3° La déformation des conceptions et des souvenirs se montre bien, avons-nous dit, dans les divergences des récits faits à quelques semaines d'intervalle.

Lors de notre premier entretien, il était admis que le Comte de

Cambert avait soudoyé des individus dans le but de la faire étrangler, dans un guet-apens en plein air. Maintenant, nous apprenons qu'il a voulu l'étrangler de ses propres mains, et la scène s'est passée dans un cabinet particulier d'un restaurant ; après lui avoir serré la gorge inutilement, il aurait dit ; « Voilà longtemps qu'on a voulu te tuer ; Prévost aurait pu et dû le faire ; on a tué déjà plus de cent bêtes dans l'appartement proche du tien ». Elle répond : « Je le sais bien, j'en ai été malade. »

Certains numéros du feuilleton sont oubliés. La malade est très étonnée quand nous lui demandons des nouvelles *de l'héritage de sa demi-sœur.* » On ne m'avait jamais parlé de ça. J'ai bien une demi-sœur, que j'ai perdue de vue, mais j'ignore si elle est riche, je ne compte pas sur sa succession, *je n'en ai jamais parlé.* Seulement j'attends toujours le legs Piérantoni. » De même, au sujet des deux principaux persécuteurs : « Comment ? Prévost et Briquet ont été à la Conciergerie ? en prison ? *Je ne me le rappelle pas, je ne savais pas, je ne l'ai pas dit,* j'ignore ce qu'ils sont devenus.

4° Depuis notre entretien elle a écrit au ministre de l'intérieur, à ûn député, à divers personnages de la préfecture de police, enfin au procureur.

« Elle est persécutée depuis 4 ans, un instrument surchauffe sa chambre, et répand une odeur de poisson ; le Comte de Cambert et les hôteliers lui ont enlevé ses filles. Elle est sans ressources. une amie à elle a vu des multitudes de changement de monde, tant et si bien que la voilà folle ».

A bout de ressources, mais toujonrs confiante dans la police, elle adresse au Commissaire de son quartier une demande de secours. Le secrétaire la prie de revenir le lendemain lundi, ce qu'elle fait volontiers ; on l'envoie alors à l'Infirmerie spéciale.

Parmi les dépositions recueillies, celle de l'hôtelier est à citer. « Elle mène une vie régulière, je n'ai rien remarqué d'anormal chez elle ; elle sort pendant la journée, à mon avis, elle doit posséder de petites rentes ; elle est toujours calme et correcte. » Ainsi, elle ne s'était livrée à aucune manifestation d'animosité même minime, contre cet important persécuteur.

Dans notre service, elle s'étonna modérément d'être gardée nourrie, logée ; sa confiance en la Préfecture restait entière. Nous la revîmes optimiste, souriante, améliorée, comme on va le voir, sous quelques rapports, mais physiquement fatiguée, vieillie, se plaignant de troubles dyspeptiques. » Je ne vis plus, depuis des mois, que de croûtes de pain. Une bonne personne me prêtait de temps à autre une pièce blanche, c'est une des marchandes de cierges de telle église, j'étais une de ses bonnes clientes, et elle sait bien que je lui rendrai son argent. N'en parlez pas, à cause de son mari. »

5° Une accalmie remarquable s'est produite dans les persécutions ambiantes.

Depuis six semaines, *on ne m'insulte plus dans la rue* ; dans les églises on ne fait plus de toussements ni de crachements ; tout le monde est très poli maintenant, il faut que j'en convienne,je suis juste. Je rencontre même des gens qui ont des airs de repentir ; ils voudraient me demander pardon de ce qu'ils ont simulé la truie, et ils se rangent avec courtoisie. Chez moi, l'électricité chauffe moins, l'odeur de poisson a diminué, les hôteliers ne causent plus entre eux comme auparavant. Quelle est la cause de ces changements ? Je suppose que vous aurez eu la bonté de faire un rapport. C'est la police qui modère le chauffage, je me demande seulement pourquoi on ne l'arrête pas tout à fait. J'ai adressé des remerciements par écrit à MM. W... et B... (de la Préfecture et du Parquet). Je comprends tout ce que vous avez fait pour moi, je vous remercie mille fois, je vous en serais toujours reconnaissante ».

Non seulement les phénomènes sensoriels, mais *les intuitions même sont devenues rares*.Ce doit être encore la police qui s'oppose à ce qu'on les lui envoie.

Les intuitions ont fonctionné cependant au service de ses protecteurs. On lui a donné à entendre que Nelly Dor était arrêtée, que nombre d'individus de la bande avaient été chassés de leurs places, etc.Dans l'ensemble, tous les phénomènes morbides ont diminué.

Mais l'euphorie actuelle ne provient pas seulement de la suppression de divers malaises. Pour une part, elle est positive. Elle marque selon nous l'accroissement de l'optimisme morbide, qui a déjà produit des idées de richesses et qui produira peut-être des idées de grandeur. Mais par un contraste curieux,tandis que l'optimisme augmentait, les idées optimistes sont devenues plus vagues, elles ont en outre changé d'orientation. La malade n'attend plus autant de richesses,et cependant elle a plus de confiance dans son avenir. Elle a écrit, avec l'espoir (mais non encore la certitude) de trouver en eux des protecteurs, à divers personnages en vue, notamment au commandant Dreyfus, qui l'a tant occupée jadis. Elle ne serait pas étonnée s'il lui prêtait des fonds, elle le rembourserait après procès gagné.

7° Le plus curieux de ses changements consiste dans un certain *état de doute* au sujet de ses tourments passés.

« Je me trompe peut-être, on peut se tromper sans être folle, j'espère bien que je ne me suis pas mise dans l'erreur. J'avais pourtant des raisons sérieuses de croire ; l'attitude de M. W..., (Service de la Sûreté) m'a bien fait voir que j'étais dans le vrai ; au sujet de mes enfants, toutes mes intuitions se sont réalisées (ainsi les filles ont mal tourné, etc. Le célèbre avocat M[e] D. ne m'aurait pas reçue s'il m'avait jugée démente ; au service de la Sûreté on m'a bien donné à entendre qu'il s'agissait de plusieurs centaines de mille francs ; la concierge de Nelly Dor a dû convenir qu'il y avait passé beaucoup de monde. Si je me suis trompée qu'on me le dise, je vous croirai, je vous promets de ne plus écrire, *je travaillerai.* Je ferai n'importe quoi ; je me mettrai fille de salle, j'en ai assez de la misère, il est temps de penser à gagner mon pain, *je vais chercher une place* quelconque, les choses suivront leurs cours toutes seules. »

Ces déclarations faites spontanément, dès les premiers mots de l'entretien, nous ont paru dénués de toute hypocrisie. Motivé sur le moment, par la conviction que la police voulait son bien et d'autre part ne pouvait se tromper en la conduisant chez les folles, l'état de doute avait été préparé par l'optimisme et l'accalmie.

L'accalmie était due, certainement pour une part, à l'éloignement de Marie Forel : la stimulation réciproque n'existait plus. Il faut donc admettre, comme nous l'avons dit, que Marie Forel, si activement suggestionnée au début, avait à son tour influencé M[me] Granet par l'écho de son approbation, par le spectacle de sa tristesse, par le récit émouvant de ses hallucinations, enfin par la cartomancie, cette dernière constituant une source inépuisable d'hypothèses, de renseignements, d'incitations à une collaboration inventive.

D'autre part, l'accalmie pouvait aussi se produire, par la seule tendance rémittente propre au délire.

Enfin l'optimisme morbide, bien différent par son origine de l'accalmie véritable et d'un pronostic juste inverse, avait pu collaborer avec elle pour favoriser momentanément, grâce aux conceptions énoncées, cet état de doute.

8. — Nous avons dit que le délire nous semble sujet à des rémittences spontanées, suivies d'une reprise du même thème. Ce thème lui-même, à chaque reprise, paraît devoir subir des additions et suppressions telles, que dans

quelques années il pourrait être (à ne parler que de persécution) méconnaissable.

La variabilité du délire a pour cause non pas un travail de logique, mais *l'instabilité intrinsèque des conceptions.* Celle-ci est visiblement en rapport avec la facilité de leur formation. Mais il y a plus.

Les troubles les plus délicats de la perception et de l'idéation, illusions, fausses reconnaissances, intuitions, déformation du souvenir, nous semblent avoir un lien originel commun, à savoir *l'instabilité des synthèses élémentaires.* Cette lésion du mécanisme mental doit avoir joué un rôle primordial dans la production du délire, comme aujourd'hui dans son décours.

Etudier de plus près cette lésion et ses effets nous entraînerait à comparer, au point de vue de la pathogenèse, les différentes formes des délires de persécution ; travail d'analyse et de synthèse peut-être en soi trop ambitieux, en tout cas impossible ici.

PATHOLOGIE MENTALE

Un cas de délire d'interprétation ;

Par le Dr R. BENON.
Médecin légiste de l'Université de Paris.

MM. Sérieux et Capgras, à la séance du 24 février 1902 de la *Société médico-psychologique*, dans la *Revue de Psychiatrie* de juin 1902, et dans l'*Encéphale* de mars-avril 1906, MM. Deny et Camus, à la séance du 28 mai 1906 de la *Société médico-psychologique*, ont attiré l'attention tout spécialement sur le *délire d'interprétation*, qu'ils considèrent comme une forme clinique spéciale. Nous avons eu l'occasion, durant notre séjour à Ville-Evrard, d'observer plusieurs malades de ce genre dans le service du Dr Sérieux. Nous en rapportons ici une observation, que nous avons prise à l'Asile Clinique.

OBSERVATION. — *Idées délirantes de persécution ; hypothèses nombreuses. — Interprétations erronées multiples et incessantes. — Pas d'hallucinations. — Pas d'affaiblissement démentiel, soit*

quantitatif, soit qualitatif des facultés intellectuelles. — Réactions : menaces et violences ; idées de suicide, refus d'aliments. — Début il y a six ans : évolution progressive.

Louise K., veuve D.., âgée de 34 ans, entre à l'Asile clinique le 26 juillet 1907 ; elle a exercé les diverses professions de bonne à tout faire, de femme de journée, de cuisinière ; elle a même dirigé avec son mari un café-brasserie des boulevards extérieurs. Placée d'office, elle vient de l'Infirmerie Spéciale du Dépôt où elle a été conduite, à la suite de bris de carreaux dans un bureau de placement.

C'est une femme assez grande, bien constituée, en bon état de santé générale ; d'une mise très correcte, elle se présente à nous ordinairement avec un peu d'excitation intellectuelle, cause avec volubilité, répond avec précision aux questions posées. Alsacienne d'origine, elle parle et écrit très bien, l'allemand ; elle parle bien le français mais l'écrit moins correctement que l'allemand.

Louise K.., nous fournit tous les renseignements nécessaires sur ses antécédents et sa maladie. Sa sœur n'a fait que confirmer ce que nous avait dit la malade.

A. H. Son père, qui était armurier en Alsace, est mort à 51 ans d'une affection pulmonaire non déterminée ; il se livrait à quelques excès de boissons, mais ne se trouvait jamais ivre. Sa mère, qui a eu huit enfants, a succombé à la suite d'une péritonite à l'âge de 61 ans. Des huit enfants, trois sont morts en bas-âge ; sur les cinq autres, quatre sont vivants et l'autre est mort à Paris de la tuberculose à 40 ans. Il reste à la malade un frère et deux sœurs ; elle a, à Paris, un frère et une sœur, l'aînée actuellement ; son autre sœur habite l'Alsace ; les uns et les autres sont bien portants. Dans les collatéraux, il y a une tante *paternelle* qui offre des symptômes de *déséquilibration psychique*, de bizarrerie, mais qui n'a pas été l'objet de séquestration dans un asile.

A. P. La malade, a été élevée en Alsace, son pays d'origine ; elle y est restée jusqu'à 18 ans. C'était une enfant assez chétive ; elle n'a cependant pas offert d'accidents rachitiques et s'est bien développée plus tard. A l'âge de neuf ans, elle a été atteinte d'une fluxion de poitrine qui l'a beaucoup affaiblie ; elle en aurait ressenti les effets durant près d'une année.

A l'école, elle apprend avec une grande facilité. De bonne heure, elle manifeste un *caractère détestable*, exécrable, dit sa sœur ; très *orgueilleuse*, elle veut dominer tout le monde ; elle n'écoute aucuns conseils, pas même ceux de ses parents ; sans cesse elle se vante de travailler mieux que qui que ce soit. Ni avant, ni après ses règles, apparues à l'âge de treize ans et demie, elle ne présente de crises nerveuses.

Elle avait quatorze ans, quand son père vient à mourir ; elle

désire vivement partir à Paris, pour y rejoindre son frère et ses deux sœurs aînées qui y travaillent.

Elle avait 18 ans, quand elle y arrive, en 1891 ; elle est placée, comme bonne, dans de nombreuses maisons ; dans une seule elle est restée 18 mois.

Quelques années après, deux ans environ, elle entre en relations avec un garçon d'hôtel, à l'insu de sa famille, et vit avec lui durant trois années, sans être mariée. Elle a un enfant de lui et bientôt ils régularisent leur situation en 1896.

De 1896 à 1901, le ménage vit tant bien que mal ; le mari ne travaille pas chaque jour ; la malade, très active, supplée par son labeur à l'insuffisance des ressources de la maison. Durant cette période, ils ont de nouveau deux enfants, l'un d'eux, le second, meurt de méningite tuberculeuse ; l'autre a actuellement 9 ans ; l'aîné lui a aujourd'hui 14 ans. Plus tard, en 1902, ils auront un quatrième enfant, âgé maintenant de 5 ans. Ces trois enfants, sont bien portants.

En 1901, il se produit, dans l'existence de la malade, un fait important ; elle s'*installe*, à Paris, avec son mari, boulevard D... *dans une brasserie*, dite la « Brasserie A..., » qui dépend d'une grande brasserie de la banlieue, la « Brasserie des M..., » dirigée par MM. Paul A... et V...

Les affaires ne marchent pas; c'est en vain qu'ils font tous leurs efforts pour réussir dans ce commerce , ils n'arrivent pas à réaliser des bénéfices. La malade laisse entendre que son mari ne travaillait peut-être pas suffisamment. D'autre part, à cette époque, ils ont un quatrième enfant, ce qui augmente leurs charges. En outre sa sœur, qui leur avait prêté une somme de 1000 francs, pour les aider, lors de leur installation, leur réclame son argent avec insistance. Finalement, *ils sont obligés de vendre* en juillet 1903, pour ne pas être déclarés en faillite. La vente se fait dans des conditions particulières ; la grande brasserie de la banlieue, la « Brasserie des M.. », qui avait avancé trois ou quatre mille francs dans l'affaire, s'était, au préalable, « nantie », de telle sorte que les garanties exigées par cette maison, absorbent la plus grande partie du prix de vente. La malade refuse d'accepter les deux ou trois mille francs qui restaient et elle veut aller en justice. Entre temps, son mari exécute une signature qui met fin à cette affaire.

A l'occasion de ces difficultés, qui se terminent en juille. 1903, la malade est l'objet d'un véritable surmenage, autant physique que moral et c'est plus particulièrement à la suite de ces ennuis que les troubles mentaux deviennent très apparents.

Il est difficile de fixer très exactement le début de ces troubles à cause du *délire rétrospectif* actuel de Louise K...

Mais déjà, avant cette dernière date, *dès* 1902, *sa sœur, son frère, ses amis, avaient remarqué* chez notre malade, des *réflexions*

bizarres, des réponses inattendues, des paroles à double entente, au sujet de ses places, au sujet de sa maison, au sujet de son travail ; on lui veut du mal, on se moque d'elle,on lui fait des misères, elle soupçonne les uns et les autres, se méfie constamment, etc.

Réduite à la misère par leurs mauvaises affaires, dans la brasserie, Louise K.... se place de nouveau comme bonne à tout faire ; elle va de maisons en maisons,sans rester plus de 6 mois dans aucune d'elles; cette situation occupe toute la période qui va de juillet 1903 à juillet 1907. En décembre 1905, elle perd son mari, qui meurt de tuberculose, nous dit la sœur, à l'hôpital Lariboisière. A ce moment, elle était elle-même à l'hôpital de La Charité, pour des accidents pleurétiques ; elle n'a pas appris de suite la mort de son mari, elle ne l'a pas vu, et aujourd'hui, comme tout ce qu'on lui raconte est très suspect, elle se demande, malgré les papiers qu'on lui a fournis, papiers qu'il est bien facile de se procurer, dit-elle, elle se demande s'il est réellement mort.

Entrée à l'asile le 26 juillet 1907, à la suite de bris de carreaux dans un bureau de placement, elle présente des *idées délirantes de persécution* et voici le thème de son délire. *On* lui fait toutes sortes de misères. *On* l'envoie de place en place « en cachette », au lieu de lui dire franchement et simplement que c'est telle personne qui l'y a envoyée. Dans tous les bureaux de placement où elle va, dans les maisons où elle travaille, *on* se moque d'elle, *on* fait allusion à sa vie par des paroles, par des gestes ; tout de suite cela lui indique qu'*ils* sont venus là avant elle, ou que l'*on* continue « à la mettre à l'épreuve pour voir ce qu'elle vaut ». Parfois même, on lui fait ordonner par ses maîtres des besognes qu'une bonne, quelle qu'elle soit, n'a vraiment pas à accomplir.

Ils sont toute une « bande » qui la tourmentent ; quelques-uns se préoccupent plus particulièrement de sa personne : un des directeurs de la Brasserie des M.., M. Paul A..., et les parents de son mari. Mais il y a aussi sa sœur, son frère, ses créanciers du boulevard D..., et même d'anciens amis intimes, avec lesquels elle est en relations depuis près de 15 ans.

Et *dans quel but* lui impose-t-on ces épreuves ? *Elle cherche, cherche, mais elle ne sait au juste.* Peut-être désire-t-on la remettre avec son mari qu'elle ne croit pas mort, puisque les papiers qu'on lui a fournis, sont vraiment trop faciles à se procurer ? Peut-être veut-on la marier, dans le cas où son mari serait mort, ce qui se peut, mais ce qu'elle ignore, avec quelqu'un de son pays natal qu'elle a vu une ou deux fois à Paris dans son commerce, ou encore avec une autre personne de Paris, celle-là, et qu'elle refuse de nommer, moins par réticence que par difficulté de précision : « *je me doute*, je me doute, je ne sais au juste », répète-t-elle toujours, quand on la presse de questions. Quoi qu'il en soit, si elle ne trouve pas exactement le but poursuivi par ses persécu-

teurs, elle se rend bien compte qu'on veut quelque chose ; les présomptions ne manquent pas.

Le Directeur de la Brasserie des M.., M. Paul A.., et les parents de son mari jouent un rôle prépondérant dans son affaire; tantôt Paul A... occupe le premier rang, tantôt ce sont les parents de son mari. C'est la Brasserie des M.., dont l'un des directeurs est Paul A.., qui l'avait installée avec son mari boulevard D.., mais ils n'ont pas réussi dans cette assez grosse affaire qui aurait pu les tirer des difficultés de la vie. Elle a pourtant déployé là tous ses efforts ; elle travaillait du matin au soir. Son mari était peut-être un peu paresseux et il consommait peut-être un peu trop dans la maison, mais elle a fait véritablement tout ce qu'elle a pu. Le directeur de la Brasserie. M. Paul A..., s'en est évidemment bien aperçu. Il venait en effet souvent à la maison. Il y dînait quelquefois même, car il n'est pas fier comme elle dit. Il l'estimait donc beaucoup, et il s'est intéressé à elle ; à maintes reprises, il lui a procuré des places. Pourquoi toutefois les lui donne-t-il toujours « en cachette », sans la prévenir directement ? Et puis, pourquoi, à peine entrée dans ces places, a-t-elle des ennuis avec les uns et les autres ? Pourquoi ses maîtres quittent-ils Paris quelques jours après son arrivée ? Qu'est-ce que cela signifie ? Pourquoi « l'essayer » ainsi, aussi longtemps ? Il faut que tout cela cesse ; elle finirait par se venger ou se tuer. Elle ne saurait affirmer, que M. Paul A.. est la cause de tous ses malheurs. « Ce serait bête, dit-elle, de tout lui rapporter et que ce ne soit pas lui ! » *Le doute envahit toujours son esprit.*

Elle place parmi ses persécuteurs, à côté du brasseur et aussi souvent sur le même plan, les parents de son mari. Ce sont deux oncles qui habitent Paris. L'un d'eux, marchand de vins, ne se préoccupe peut-être guère de sa personne, quoiqu'elle n'en soit pas sûre. Mais l'autre, un ancien sergent de ville retraité actuellement employé de banque, il sait tout celui-là et elle nous dit ce qu'elle a remarqué.

Son frère et sa sœur sont aussi au courant ; ce sont eux probablement qui ont provoqué son internement. Elle rappelle des phrases, dites par sa sœur, qui prouvent bien qu'elle n'est pas étrangère à ses ennuis. Ses créanciers du boulevard D... où elle avait son commerce, doivent être de la « bande ». Cela se comprend, puisqu'elle n'a pu les payer lorsqu'elle a vendu sa maison.

Jusqu'à ses vieux amis, les W.., qu'elle fréquentait depuis si longtemps, qui connaissent son affaire, sans rien lui en dire franchement ; elle en a assez observé chez eux ; maintenant elle voit clair. Enfin, un jour, elle nous dit que des milliers de personnes à Paris sont chargées de lui « en faire voir de toutes les couleurs ».

Ces idées de persécution, banales en somme, se basent sur de multiples *interprétations délirantes*.La malade interprète spécialement les mots, les paroles qu'elle voit ou entend, et les gestes, les signes qu'elle observe. Il est difficile de savoir exactement quelles sont les premières en date parmi les nombreuses interprétations erronées auxquelles elle se livre. Les renseignements de l'entourage, l'interrogatoire de la malade ne permettent pas de préciser ce point. Si on ajoute à cela l'activité délirante rétrospective de Louise K..., on comprendra mieux encore la difficulté de classer ces interprétations. Ici, nous suivrons autant que possible l'ordre chronologique. Nous ne rapporterons que les plus saisissantes ; nous ne saurions d'ailleurs les donner toutes, puisque chaque interrogatoire en révèle de nouvelles.

La malade Louise K..., se place au mois d'octobre 1904, avenue W..., nº 20, chez un monsieur seul, un américain du nom de B.., C'est une très bonne maison. « Je me doute que c'est le brasseur qui m'a envoyée là ». Voilà pourquoi elle s'en doute. Un jour, cet américain regarde des images du journal *Femina* et il lui dit, en lui montrant ces images : « On dirait qu'ils font l'amour par le *téléphone* ». Elle se sauve et comprend tout de suite.Elle n'a jamais *téléphoné* qu'avec une personne, M. Paul A.., le brasseur. Alors cette allusion au téléphone devient claire ; le brasseur lui a procuré cette place.

D'ailleurs quand cet américain l'a prise chez lui, il devait la connaître. En effet,au bureau de placement, il avait le choix entre plusieurs domestiques bien plus jolies qu'elle, comment se fait-il que c'est elle qu'il a quand même retenue... ?

Et puis, chose étrange, ce monsieur B.. décide de partir en Amérique une quinzaine de jours après l'entrée chez lui de Louise K... Il le savait bien qu'il partirait, quand il l'a gagée. Pourquoi la prendre alors pour quinze jours ?

Enfin, au moment de quitter Paris, ce Monsieur la charge de faire l'*inventaire* de son appartement avec la propriétaire. Or elle en a fait un autre *inventaire* autrefois, c'est à la *brasserie* du boulevard D.., avec son acquéreur. Inventaire, brasserie, tout cela lui rappelle le passé et vient grossir le faisceau de ses doutes, sinon de ses preuves.

Durant l'année 1905,elle va rue de B., chez une demi-mondaine. Elle n'y reste que neuf jours, car elle ne tarde pas à remarquer que la cuisinière lui fait des méchancetés. Cette demi-mondaine, dit-elle, doit être la maîtresse du brasseur. En effet, plus tard, quand elle se rend à la Brasserie des M.., pour demander à M.

Paul A.., une place, elle lui exprime ses suppositions et il devient tout rouge. « Il se disait sans doute que je savais tout, réfléchit-elle ; mais c'est bien vrai, je sais tout ».

Un soir, dans cette maison, elle était dans sa chambre, il était environ 10 heures et demie, elle a entendu une voix et elle a reconnu la voix de son mari. Elle ne sait pas ce qu'il a dit, mais elle a reconnu sa voix. Il devait être avec le brasseur. Du reste, quand elle en a parlé à son mari, il est devenu lui aussi tout rouge. C'est le brasseur, sans doute, qui lui avait procuré cette place, conclut-elle. Il savait bien chez qui il la mettait.

En 1905 encore, dans une autre place, rue des P...-C.., n° 87, elle a encore là des preuves de l'influence manifeste du brasseur. Et d'abord comment entre-t-elle dans cette maison ? Elle rencontre un jour un des cochers livreurs de la brasserie des M., qu'elle connaissait. Elle lui parle un instant et le prie, en le quittant, de souhaiter le bonjour à M. Paul A... Or, deux jours après cette rencontre, elle obtenait cette place dans un bureau de placement. C'était une bonne situation ; elle préparait la cuisine pour des ouvrières d'une grande maison de couture et elle réalisait de gros bénéfices. Mais elle était à peine depuis plusieurs jours dans cette nouvelle place, que la voiture de la Brasserie des M.., vient se ranger devant la maison. De plus, à dater de ce moment-là, toutes les clientes qui d'ordinaire boivent du vin, lui demandent de la bière des M.. Dès lors, les difficultés surgissent; on se plaint de la cuisine, on dit que les portions sont plus petites qu'au début, on trouve que le service ne va pas assez vite, etc., elle doit partir.

En 1906, elle est chez M. A.., boulevard M.., n° 85; ce monsieur avait une maîtresse, une cocotte bien connue. La malade observe en passant que le brasseur la place presque toujours chez des femmes de cette sorte. Un jour, dans cette maison, on téléphone ; étant seule, elle doit aller écouter. On demandait la sœur de M. A... Or on savait bien que la sœur de M. A.. n'était pas là. C'est le brasseur qui lui a téléphoné. D'ailleurs « j'ai reconnu sa voix, dit-elle ; et je le lui dirai bien que c'était lui ..; sans doute il parlait au nom d'une autre personne, mais c'était bien lui ».

Du reste, qu'a-t-elle vu à la cuisine, quand elle est arrivée chez ce M. A.. ? Il y avait sur la table une mayonnaise tournée. Or, un jour, elle avait invité le brasseur à dîner chez elle, et la mayonnaise qu'elle a servie était tournée. Elle a dû quitter cette place du boulevard M.., parce que, dans cette maison, il y avait le père de la maîtresse de M. A., qui lui faisait la cour, l'embrassait par surprise ou de force dans la cuisine, derrière les portes. C'était assez l'essayer. On a vu qu'elle était suffisamment sérieuse.

La même année 1906, placée chez deux vieillards, l'homme et la femme, rue de la L., n° 8, elle exécute là quelques travaux qu'elle apprécie d'une façon toute particulière. Ainsi, un jour, l'homme

lui demande de lui laver les pieds. Il était très gros, et il ne pouvait certainement pas le faire lui-même. C'est la malade qui nous le raconte. Néanmoins, était-ce à elle à faire cette besogne ? Cet homme était retroussé jusqu'au dessus des genoux. N'était-ce pas à sa femme à le laver ? S'ils ne le pouvaient ni l'un ni l'autre, ils n'avaient qu'à prendre un homme pour ce travail ; mais ils ne devaient pas demander cela à une femme comme elle. Elle n'est qu'une bonne, mais elle veut être respectée.

Malgré cela, elle a exécuté cette besogne. Elle s'est rappelée en effet que sa sœur, masseuse,lui avait dit que parfois on est obligé dans les hôpitaux ou autre part d'accomplir des travaux très sales. En somme, c'était une manière, de la part de sa sœur, de lui annoncer l'avenir. Cette nouvelle « épreuve » lui paraît suffisante et elle quitte sa place.

Au cours de cette année 1906, il lui arrive un jour quelque chose d'assez particulier. Elle se rend chez le brasseur, à l'usine, pour l'entretenir de ses ennuis. Vêtue d'un costume noir, elle portait à la taille une ceinture noire,fixée en avant avec une épingle ordinaire à tête blanche. En sortant, le brasseur lui fait remarquer qu'elle aurait dû fixer cette ceinture avec une épingle à tête noire. Or quelques jours après, on lui vole cette ceinture dans un hôtel avec un tablier. Est-ce que cela n'est pas drôle ? D'ailleurs la veille de ce vol, elle avait rencontré dans Paris une voiture portant le nom de Paul Fouillée. « Eh bien, oui, Paul (c'est le prénom du brasseur), Paul fouillait ».

Au commencement de l'année 1907, elle se place boulevard St-M.., 87, chez Mme W... C'était une place très dure. On la met d'ailleurs presque toujours dans des places très pénibles. A peine est-elle arrivée qu'on lui dit et fait des méchancetés. Mais ce qui l'agace surtout, ce sont les gestes qu'on exécute devant elle, gestes significatifs à son avis. Parmi ces gestes, l'un d'eux revient plus fréquemment, c'est le geste de se prendre doucement de haut en bas, l'extrémité du nez, entre l'index et le pouce de la main gauche ou de la main droite.

Un autre geste, qu'on accomplit encore à dessein devant elle, c'est celui de se passer l'extrémité des doigts des mains droite ou gauche un peu au-dessous de la paupière inférieure de l'œil correspondant.

Elle quitte sa place et attache désormais une grande importance à l'attitude qu'on a devant elle. C'est ce qui, en effet, provoqua son internement.

D'autres gestes, outre ceux que nous venons de décrire, lui paraissent suspects : celui de se prendre le menton, celui de se gratter l'oreille, etc.Les gens qui crachent ou toussent devant elle ou quand elle passe, sont aussi des personnes renseignées, connaissant son affaire.

Dans une des dernières places qu'elle occupe, chez une cocotte,

rue V...-M..., n° 15, un soir on lui prédit très exactement ce qui va lui arriver. Sans doute on ne s'adresse pas directement à elle, mais plus tard elle a bien compris. Cela est venu de la femme de chambre ; elle a dit en effet d'un air entendu à un petit chien qui était dans la cuisine : « Allons, va-t-en, chien ; tu n'es d'ailleurs pas pour rester ici. Bientôt, tu seras dans une cuisine très chaude, auprès d'un fourneau, et à côté il y aura un grand bois ». Or quelques jours après elle partait de cette maison, pour aller dans une autre, située près du Bois de Boulogne, où la cuisine était étouffante. D'ailleurs rue V...-M..., elle a remarqué encore autre chose. C'est là, en effet, qu'elle eut l'occasion d'apprécier tout particulièrement la valeur de la sauce très réputée du homard à l'Américaine. Elle n'en avait jamais mangé d'aussi bonne jusqu'ici. Or, autrefois, le brasseur lui avait dit, à la maison de la brasserie du boulevard D.., un jour où ils causaient du homard et de la manière de l'apprêter : « une fois, je vous emmènerai dans une maison où on mange de la bonne sauce de homard à l'Américaine ». Elle n'est restée que 28 jours rue V.-M.., car la dame est partie encore en voyage.

Il lui est arrivé également dans la rue de saisir une fois une conversation qui avait trait à sa personnalité. Deux individus inconnus d'elle causaient sur le bord d'un trottoir et ils ont dit très nettement, devant tout le monde : « elle a un mauvais caractère, on lui donnera un mari comme elle ». On veut me marier, c'est pour me prévenir.

Le soir du 14 juillet 1907,elle s'attarde sur les boulevards.Elle regarde si les marchands de vin vendent bien. Cela l'intéresse, puisqu'elle a été auparavant dans le commerce. Elle s'attarde même jusqu'à 1 heure du matin à voir le monde danser, chanter. « Eh bien, figurez-vous dit-elle, qu'à cette heure-là, quand je suis rentrée, une voiture de la brasserie des M.. s'est mise à courir après moi. On n'a jamais vu cela, une voiture de la brasserie, avec des fûts, à une heure du matin ! »

Un matin, elle achète le *Journal* pour les annonces.Il y avait cette fois-là plus de dix places de bonne. Elle est allée se présenter dans toutes ces places, partout on a exécuté les gestes que nous savons. Depuis quelque temps, deux ou trois mois, elle pense qu'on lui intercepte sa correspondance. Même, quand M. Paul A.. a appris cela, il s'est trouvé tout gêné ; il était tout tremblant.

A propos des V..., cette vieille famille de ses amis, elle raconte que la grand-mère lui a dit plusieurs fois que son mari était mort; or chaque fois elle lisait sur sa figure, dans ses yeux, que ce n'était pas vrai. D'autre part, elle a lu chez les V..., un roman du *Petit Journal* qui répond tout à fait au tableau de son existence personnelle. Et puis il y avait toujours sur le bureau un livre intitulé « Louise et Paul ». Louise est le prénom de la malade et Paul celui du brasseur. Qu'est-ce que cela signifie ? Elle ne sait pas au

juste ce qu'il y a dans ce livre, mais pourquoi était-il toujours là ? C'est qu'ils étaient, eux aussi, au courant de ses misères.

Quand elle parle du retour à Paris de son mari qui était allé se soigner à la campagne, elle se rappelle que dans la rue, elle voyait toujours marcher devant elle quelqu'un avec une serviette sous le bras. C'était pour lui faire comprendre qu'elle aurait dû s'adresser aux hommes de loi lors de la vente de sa maison.

Dernièrement, elle a cru à un *empoisonnement.* Elle a déjeuné, sans le savoir, dans le même restaurant qu'un des parents de son mari, l'ancien sergent de ville. C'est en sortant qu'elle s'est trouvée face à face avec lui. Ils s'entretiennent un court instant ; elle venait de le quitter, quand elle ressent des coliques atroces, suivies de selles nombreuses. « Je me doute qu'*ils* sont allés à la cuisine dire d'ajouter quelque chose dans les plats que j'ai mangés ».

Ici, à l'asile, elle continue à interpréter. Il lui est arrivé de voir quelquefois des malades se déshabiller et se mettre presque nues, mais dans les journaux «Femina», «Je sais tout»,qu'elle regardait parfois chez ses amis les V.., il y avait aussi des femmes nues. Les malades émiettent du pain, pour les oiseaux. Mais la grand-mère V...émiettait aussi du pain pour les moineaux. «Tout cela, ce sont des signes ». Les infirmiers, les malades, exécutent eux aussi les gestes qu'elle a si souvent observés.

A propos de ses compagnes à l'asile, elle fait remarquer : « il y des folles qui ont de petits moments de connaissances ; il y en a qui vous lancent des coups de patte ; on ne me parle pas, mais c'est pour moi quand même ». Elle conclut:«Tous ces gens-là doivent s'entendre... On dirait que ce sont des physiciens... Ils me font voir d'avance tout ce qui va m'arriver... Partout où je vais, ils sont là avant moi...Ils feraient bien marcher le Président de la République ».

On *ne trouve pas* chez la malade *de troubles hallucinatoires* ; à aucun moment nous n'avons observé soit dans ses paroles, soit dans ses attitudes quelque chose, pouvant être, après examen, considéré comme des troubles sensoriels.

De même les *facultés intellectuelles* de Louise K..., *ne sont en aucune manière affaiblies*.

Au point de vue de l'*activité,* la malade a accompli un certain nombre d'actes et elle manifeste certaines tendances qui ont, dans le cas présent, une grande importance symptomatique et diagnostique.

C'est une de ces réactions, bris de carreaux dans un bureau de placement, qui a amené son internement. Il est intéressant de rechercher comment elle a été amenée à cet acte. Elle venait d'entrer dans le bureau de placement, et la conversation était à peine engagée, que la placeuse se met à exécuter les fameux gestes significatifs. Elle serait peut-être partie sans rien dire, si cette femme n'avait pas continué ces gestes avec une exagération, une mal-

veillance évidentes. C'est alors que Louise K... s'est emportée ; on s'est disputé et elle a cassé des vitres.

A l'asile, la malade jusqu'ici a été calme. Elle s'isole et proteste rarement auprès des infirmières, D'ailleurs, elle travaille en général activement soit à la couture, soit à la cuisine, soit au repassage, Elle livre peu ses pensées. Assez réticente, soit par défiance, soit par crainte, soit peut-être aussi à cause du doute qui l'envahit sans cesse, du manque de fixité de ses idées morbides, elle ne nous a communiqué qu'après de longues conversations, son délire et ses interprétations.

On observe chez elle deux tendances réactionnelles opposées. Tantôt elle s'excite, s'emporte contre ses ennemis, notamment contre le brasseur, M Paul A.., tantôt contre les parents de son mari et elle dit qu'elle devrait se venger. Elle en a assez ; si on veut l'essayer encore, qu'on la mette en prison, mais qu'on ne la garde pas avec des fous. Une fois, à propos du brasseur, elle nous a dit : « J'aurais dû le tuer, après tout ce que j'ai souffert ». Il est vrai d'ajouter qu'elle nous a dit cela en riant, dans une sorte d'explosion, et qu'aussitôt après elle s'est demandé si le brasseur ne lui donnerait pas finalement une bonne place où elle gagnerait bien sa vie.

Tantôt elle se propose des fins tout autres : elle refuse de manger. Sa sœur nous a déjà dit du reste qu'elle était restée cinq jours sans s'alimenter, en 1905. Elle nous annonce qu'elle va recommencer. Et puis, elle dit aussi : « Quand je vois çà, je voudrais être morte ; je suis dégoûtée de la vie, je me tuerai... je me tuerai... je me tuerai ; je me jetterai sous une automobile ».

Ces tendances au suicide nous paraissent actuellement plus fréquentes, au cours de l'examen, que les tendances homicides.

Ajoutons, chose à laquelle nous avons déjà fait allusion, que la malade offre des alternatives de confiance et de désespoir. C'est ainsi qu'elle dira que le brasseur, qui la connaît pour une femme travailleuse et honnête, lui trouvera enfin la place qu'elle désire. Puis quelques instants après, elle exprimera que ce n'est plus possible, qu'elle devait se venger ou se tuer parce qu'elle n'a plus rien à espérer. Le premier état émotif semble être, d'une manière générale, celui que, au fond, la malade éprouve le plus souvent et le plus longuement.

Nous avons enfin observé chez la malade des gestes que nous croyons devoir considérer comme une réaction de défense. Ce sont d'ailleurs les mêmes que ceux qu'elle a observés chez ses ennemis. Elle répondrait donc au geste accompli devant elle par un geste identique ; elle se prend par exemple l'extrémité nasale, si la personne qui lui parle se prend cette même extrémité.

D'autre part elle a certainement exécuté devant nous ce geste spontanément quand on la pressait de questions sur un point

donné, notamment sur le pourquoi de toutes les épreuves aux quelles on la soumettait. Interrogée à ce sujet, elle ne s'explique pas.

— En somme, voilà donc une malade qui a des idées délirantes de persécution depuis 6 ans environ et qui se présente avant tout, cliniquement, avec des *interprétations* erronées. Cette évolution progressive et ces interprétations sont si nombreuses, si riches, si incessantes, si on peut s'exprimer ainsi, qu'elle semble bien constituer une forme spéciale des psychoses délirantes, le *délire d'interprétation*, forme différente des autres psychoses délirantes chroniques qui peuvent s'accompagner aussi d'interprétations délirantes, et notamment du délire des persécutés-persécuteurs.

En dehors de la débilité mentale qui n'est pas un diagnostic clinique, mais un diagnostic étiologique, nous éliminerons d'abord les maladies dans lesquelles les *interprétations délirantes* sont purement *symptomatiques* : *psychoses chroniques hallucinatoires*, démence précoce, confusion mentale, folie périodique, paralysie générale, etc. Nous ne retiendrons ici que les premières, les délires chroniques hallucinatoires, parmi lesquels on pourrait être tenté de ranger notre malade. Quelques-unes de ses interprétations sans doute font songer à des troubles psycho-sensoriels. Ainsi, elle a entendu la voix de son mari dans une de ses places ; elle a entendu des hommes sur le trottoir dire qu'elle avait un mauvais caractère et qu'il fallait lui donner un mari comme elle ; sa réaction de défense enfin pourrait être envisagée comme le résultat d'une hallucination, etc. Toutefois, lorsqu'on examine avec attention, à plusieurs reprises, ces troubles, on n'y trouve rien de sensoriel. Elle n'a pas entendu à proprement parler la voix de son mari ; elle a reconnu le timbre de sa voix. Elle ignore ce qu'il a dit. Elle ne l'a jamais entendu d'autres fois. Les hommes étaient sur le trottoir, à causer, tout le monde les a vus et entendus. Quant à son geste de défense, c'est en vain que nous lui avons cherché une source hallucinatoire. D'ailleurs, à aucun moment, durant les heures que nous avons consacrées à l'examen de Louise K.., elle n'a laissé échapper une parole, ou pris une attitude qui puisssent faire songer à des troubles psycho-sensoriels. MM. Sérieux, Deny, admettent, du reste, qu'il peut y avoir dans le délire d'interprétation de très courts épisodes hallucinatoires.

Les psychoses délirantes chroniques sensorielles étant éliminées, il importe de dire maintenant en quoi notre malade se différencie des *persécutés-persécuteurs.*

1° Louise K... n'a pas d'idée obsédante ou pour mieux dire d'idée fixe, prédominante, prévalente. Si ses idées de persécution systématisées forment un tout il y a, dans la manière délirante de la malade, une mobilité et une variabilité incessante. Sans doute on la persécute, sans doute on la met à l'épreuve, mais pourquoi ? Est-ce pour la remettre avec son mari ? Est-ce pour la marier avec telle ou telle autre personne ? Elle ne sait au juste ; il n'y a là rien de fixe, rien de précis. Elle s'interroge continuellement. Elle cherche : « *je me doute* de ceci.... *je me doute* de cela, » dit-elle. Rien n'est absolument immuable. L'intellect de la malade est comme une épave, ballottée au gré de ses erreurs de jugement. L'activité délirante du patient n'est pas figée en un unique concept conduisant à un but lumineux, mais au contraire elle offre des formes variées, elle se présente sous des aspects divers, quelquefois opposés. N'a-t-on pas vu notre malade tantôt confiante, tantôt déprimée ? C'est le doute, entretenu par la multiplicité de ses interprétations, qui engendre cet état.

En vain donc on chercherait chez elle l'idée prévalente des persécutés-persécuteurs.

2° Notre malade a des idées qui sont vraiment de nature délirante, qui traduisent l'abolition de son sens critique. Or les idées délirantes proprement dites n'existent pas chez les persécutés-persécuteurs. C'est ainsi que Louise K... dit qu'elle a affaire à des physiciens. De plus, elle a présenté des idées d'empoisonnement, et elle a actuellement des idées de suicide, par intervalles. On ne voit jamais de telles idées chez les persécutés persécuteurs qui savent avec précision ce qu'ils veulent et où ils vont. Enfin un persécuté-persécuteur dirait-il que la voiture de la brasserie des M.. s'est mise à courir après lui, à une heure du matin ? Dirait-il que les fous lui lancent des coups de patte ?

3° Chez les persécutés-persécuteurs les conceptions morbides sont fixes. Or, chez notre malade, il y a une évolution manifeste. L'affection a débuté vers 1902, nous a dit la sœur, et, depuis, l'état délirant n'a fait que s'aggraver. D'ailleurs, l'étude de la psychicité de la malade, à laquelle nous nous sommes livrés, montre que toujours il y a quel-

que chose de nouveau dans son délire. Il n'est pas possible de noter toutes ses interprétations ; elle en présente toujours de nouvelles. C'est qu'elle travaille son délire ; infatigable, elle élabore, raisonne, réfléchit sans jamais cesser.

4° Les réactions enfin de notre malade diffèrent de celles des persécutés-persécuteurs. Elle avait pourtant de nombreuses raisons de réagir. A-t-elle assez souffert ! Que d'épreuves elle a subies ! Or, au lieu de trouver la cause de son internement dans une réaction contre ses persécuteurs, elle la trouve dans un acte destructif chez une placeuse ? Et pourquoi ? Parce que celle-ci n'a cessé de faire devant elle les gestes connus.

Enfin nous devons faire ressortir que, sans doute, la malade nous a dit, en riant d'ailleurs, qu'elle se vengerait du brasseur, qu'elle aurait dû le tuer, mais aussi elle a affirmé des idées de refus d'aliments et de suicide : « Je ne mangerai plus, je me tuerai, je me tuerai » a-t-elle dit maintes fois. Sont-ce là des paroles de persécuté-persécuteur ?

En terminant, nous voulons rappeler ici les symptômes qui, d'après MM. Sérieux et Capgras (1), différencient le délire d'interprétation du délire des persécutés-persécuteurs :

Délire d'interprétation.	*Délire des persécutés-persécuteurs.*
1° Multiplicité des conceptions ;	1° Idée obsédante unique ;
2° Existence d'idées délirantes (mégalomanie, etc.) ;	2° Absence d'idées délirantes proprement dites ;
3° Evolution progressive du délire ;	3° Fixité des conceptions morbides ;
4° Contingence des réactions pourtant mieux en rapport avec leur mobile.	4° Constance des réactions disproportionnée à leur mobile.

« En résumé, concluent les auteurs (2) dans la folie des persécutés-persécuteurs, on a affaire à une idée obsédante. à un trouble de la volonté. Dans le délire d'interprétation, c'est une *perversion* du jugement qui est le fondement de la psychose ».

(1) et (2). — Sérieux et Capgras, *Revue de Psychiatrie*, juin 1904.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

XXIII — **Ueber die Entwicklung der Neurofibrillen in der Pyramidenbahn des Menschen** (Développement des n. dans la voie pyr. de l'homme ; par GIERLICH, de Wiesbaden. (*Ctrbl. f. Nervenh. u. Psychi.*, XXIX, f. 218, p. 606 et 607, 15 août 1906.)

Sept fœtus du 3e au 10e mois lunaires ; méthode de Bielchowsky.

Fœtus à terme à voie pyr. encore amyélinique ; les axones sont bien développés dans toute la moelle et dans le tronc cérébral, tandis que la formation des fibrilles est encore très en retard dans le centre ovale et les circonvolutions centrales ; quelques fibriles onduleuses dans les dendrites des cellules de Betz, mais leur cytosome n'en contient pas encore et elles sont à peine visibles dans l'axone.

Deux fœtus du 6e et du 7e mois les fibrilles apparaissent simultanément sur toute la longueur de la moelle et dans le tronc cérébral. Les cellules pyr. n'ont pas encore de fibrilles, même dans leurs dendrites. Dans les cellules des cornes antérieures et dans les racines antérieures, les fibrilles sont complètement développées.

G. se refuse à admettre la pénétration par croissance des axones des cellules pyr. dans la voie pyr. Il considère comme étant en faveur de l'origine multicellulaire des neuro-fibrilles, la simultanéité de leur apparition dans toute la portion médullaire de la voie, leurs renflements primordiaux en forme de nœud et de réseau, leur union par des ponts protoplasmiques enfin, les « masses protoplasmiques striées, teintes en noir », unissant deux cellules, qu'il aurait souvent rencontrées à cette période du développement (13e *Réunion des neurologistes et aliénistes du S O* à Baden-Baden, 27 mai 1906).

Ch. B.

XXIV. — **Kuenstlich hervorgerufene Halluzinationen.** *H. produites artificiellement*; par Ernst MORAVCSIK, de Budapesth. (*Ctrbl. f. Nervenh. u. Psychi.*, XXIX, f. 209, p. 209 à 216, 15 mars 1906.)

On sait que les excitations périphériques peuvent produire des h. complexes. M. étudia leur action chez des alcooliques en évitant toute suggestion, par exemple en faisant vibrer un diapason à portée de l'ouïe, mais non de la vue du malade, non prévenu d'ailleurs. L'expérience produisit toujours (4 cas) des h. semblables ou identiques aux h. habituelles du sujet, variant avec la qualité et la force de l'excitant, le plus souvent visuelles, souvent terrifiantes et complexes, souvent sans rapports avec le sens excité, quelquefois enfin cessant brusquement en même temps que l'excitant. Malgré l'existence d'une perception originelle, M. pense qu'il s'agissait

bien d'h. et non d'illusions ; les sujets *perçurent* normalement l'excitation causale ; les représentations pathologiques leurs paraissaient en être indépendantes et avaient toute la réalité et l'objectivité des h. D'autre part, plusieurs fois l'excitation périphérique modifia seulement le cours et l'intensité des h. déjà excitantes sans produire de perception nouvelle.

Donc une excitation sensorielle peut « donner l'impulsion » à des h., quand les fonctions du cortex sont déjà troublées. Ces h. peuvent être sans rapport aucun de nature ou de forme avec leur cause occasionnelle ; ce ne sont pas des perceptions faussées mais des perceptions nouvelles. Ch. B.

XXV. — **Lipomatose symétrique et lipomatose périostique** ; par M. Mayet. (*Bull. méd.*, n° 22 1907.)

Nous ne rappellerons pas ici la symptomatologie de la maladie de Launois-Bensaude, nous nous contenterons de rappeler que, pour les uns, elle est due à une lésion d'ailleurs inconnue du système nerveux, tandis que les auteurs qui l'ont les premiers décrite y voient une affection primitive des ganglions lymphatiques, Mayer a rencontré chez un même sujet la maladie de Launois-Bensaude et un lipome périostique. Est-ce une coïncidence ? ou bien y a-t-il une relation quelconque entre les deux états,comme le pense conjecturalement le Prof. Reclus. Quelle est la pathogénie d'une telle affection, ne serait-ce point un état congénital ?

L. Wahl.

XXVI. — **Le mécanisme de la réaction électrique de Jolly** ; par M. Dott. Alberto Salmon (Firenze). (*Policlinico sez. medica*, Vol. XIV 1907.)

La réaction de Jolly par ses particularités bien définies par Jolly, Murri, Goldflam,Flora, Grocco, doit se distinguer de la réaction myasthénique proprement dite d'origine musculaire, qu'on observe dans les myopathies primitives, dans les atrophies musculaires d'origine médullaire, cérébellaire etc. Dans la réaction myasthénique on observe l'épuisement électrique musculaire non seulement au courant faradique mais aussi aux stimulis galvaniques. Récemment Borghesini (Padova) a décrit un cas de myasthénie dans laquelle l'examen histologique des muscles démontrait une lésion très profonde des fibres striées et dans ce cas on observait une prompte réaction myasthénique galvanique. La réaction de Jolly au contraire se caractérise seulement par la rapide perte de la contraction tétano-faradiques ; les muscles cependant apparemment épuisé réagissent parfaitement aux stimulis volontaires et galvaniques ; l'inexcitabilité même musculaire au faradisme se borne aux points directement excités par l'électrode sans influer du tout l'excitabilité des points contigus du muscle ou du nerf correspondant ; caractéristique est enfin la va-

riabilité de la réaction et pas toujours sont constantes ses relations avec l'asthénie (Grocco). Si pour les modifications électriques observées dans le premier cas la définition *réaction myasthénique* est très exacte parce qu'elle révèle l'épuisement du muscle, on ne peut pas dire de même de la réaction de Jolly,dans laquelle nous observons la normale excitabilité de l'appareil moteur périphérique. En effet, le muscle, apparemment épuisé par le faradisme donne avec la stimulation galvanique une prompte et vigoureuse contraction. Le galvanisme non seulement est impuissant à produire la réaction de Jolly mais aurait une influence favorable sur l'épuisement faradique (Murri). D'ailleurs dans la réaction de Jolly on ne peut pas admettre l'épuisement des terminaisons nerveuses motrices intra-musculaires (placche motrici) quand on voit que le muscle épuisé par le faradisme obéit parfaitement à la stimulation indirecte par le nerf.

La réaction de Jolly même qu'on observe par la faradisation des nerfs périphériques (Coldflam, Murri) qui sont toujours inépuisables au faradisme, ne peut pas s'expliquer par leur épuisement. A cette conception,s'oppose la parfaite excitabilité des terminaisons nerveuses intramusculaires, qui, on sait, s'épuisent toujours avant le nerf, ainsi le fait que,dans la réaction de Jolly, les nerfs, dans les points même inexcitables par le faradisme, répondent normalement aux stimulis galvaniques. On devrait alors supposer une modification qualitative du nerf épuisé aux deux stimulis électriques ce qu'on observe très rarement dans les affections du nerf. Le mécanisme cependant de cette intéressante réaction serait parfaitement éclairci en supposant que les nerfs cutanés, qui sont les meilleurs conducteurs du faradisme dans la peau, s'épuisent et perdent rapidement la propriété de transmettre les stimulis faradiques à l'appareil moteur neuro-musculaire, voire son inexcitabilité.

Un symptôme très précieux révèlerait dans la myasthénie la fatigue des nerfs cutané au faradisme,*le rapide épuisement de la sensibilité farado-cutanée.* Ce symptôme fut observé par Flora, Albertoni et par l'A. dans trois cas avec la réaction de Jolly. Notre hypothèse expliquerait toutes les particularités autrement inexplicables de la réaction de Jolly ; c'est-à-dire : 1° la perte d'excitabilité des nerfs et des muscles se borne aux points cutanés directement excités par l'électrode.

2° L'épuisement obtenu par le faradisme sur le muscle ne modifie nullement son excitabilité par le nerf et vice versa.

3° L'indépendance maintes fois observée de la réaction de Jolly avec l'asthénie, sa présence dans les muscles qui démontrent parfait leur ton musculaire.

4° Le manque d'influence de l'épuisement farado-musculaire sur les stimulis volontaires et galvaniques.

La réaction de Jolly, essentiellement due à l'épuisement des nerfs cutanés au tétano-faradique, doit très vraisemblablement

son origine à la dépression fonctionnelle des centres corticaux qui président à l'appareil nerveux de la peau. L'origine corticale de la réaction de Jolly, déjà admise par Goldflam, s'accorderait tout à fait avec l'expérience clinique qui démontre la fréquence du phénomène électrique dans la névrasthénie, dans l'hystérie, dans les névroses traumatiques, dans la maladie d'Erb, affections qui bien souvent s'associent au grave épuisement des centres corticaux sensorio-moteurs.

XVII.—**Weitere Mitteilung ueber eine besondere Form von familiarer amaurotischer Idiotie.** (Nouvelle communication sur une forme particulière d'I. A. par SPIELMEYER, de Fribourg-en-B. (*Ctrbl. f. Nervenh. u. Psychi.*, XXIX, f. 205, p. 67 et 68, 1er janvier 1906.)

Chez quatre enfants nés des mêmes parents, une maladie caractérisée par un profond affaiblissement intellectuel et de la rétinite pigmentaire apparut au même âge et présenta absolument la même évolution ; elle serait, d'après S., radicalement distincte, au double point de vue clinique et anatomique, de l'idiotie de Sachs. Chez deux des quatre enfants, l'autopsie permit de faire les mêmes constatations : pas de lésions macroscopiques ; lésions microscopiques complexes, intéressant les fibres myéliniques, les fibrilles, les fibres et cellules névrogliques, les vaisseaux, mais surtout les cellules nerveuses toutes gonflées par une masse granuleuse contenant çà et là du pigment. (36e Réunion des aliénistes de l'All. du S. O. à Karlsruhe, 1905.) Ch. B.

XXVIII. **Audition et clignotement réflexes,** par le Dr J. SABRAZES (*Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 2 juin).

Un enfant arrêté dans son développement psychique, incapable de fixer son attention, très arriéré ou idiot, en proie à une agitation motrice continue est-il, en outre, atteint de surdité complète ? Il importe, au point de vue de la mise en œuvre des méthodes d'éducation des idiots et des imbéciles, de répondre à cette question. Or cela n'est pas toujours facile. On pourra recourir au stratagème suivant : A une certaine distance de l'enfant on produit à son insu, un bruit fort et subit : son de cloche, de cor de chasse, de trompe, coup de sifflet etc., etc. Si l'ouïe n'est pas perdue, un clignotement palpébral réflexe marque immédiatement chaque bruit. Dr SABRAZES.

XXIX.—**Experimentell erzeugte Gehirn-Atrophie und damit verbnndene Schadel-Atrophie.** (Atr. cérébrale expérimentale- et a. cranienne en résultant ; par G. d'ABUNDO, de Catania. (*Ctrbl) f. Nervenhi. u. Psych.*, XXIX, f. 219, p. 625 à 629, 15 août 1906.,

Chiens et chats d'un jour : 1° résections latérales partielles de la

voûte cranienne : pas d'hémiatrophie consécutive du cerveau ni du crâne ; 2° résection cranienne partielle, ablation du cortex mis à nu : hémiatrophie du cerveau et du crâne. Mêmes expériences mais avec lésion *bilatérale* : atrophie des deux hémisphères et microcéphalie.

Dans tous les cas de longue survie, hydrocéphalie ventriculaire. Chiens et chats d'un mois : les mêmes séries de lésion n'entraînèrent que des résultats bien moins marqués. A. insiste sur cette différence et sur les applications que l'on peut en faire à la pathologie humaine. Ses recherches justifient en effet l'importance que l'on attache en psychiatrie à l'asymétrie cranienne ; elles condamnent la craniectomie dans l'idiotie ; elles expliquent aussi comment des traumatismes subis par le crâne très peu de temps après la naissance peuvent avoir pour suite des troubles intellectuels tardifs,et constituent une nouvelle objection à la théorie de Virchow qui voit dans la microcéphalie l'effet d'une soudure prématurée des os du crâne. Ch. B.

XXX. — **La théorie des neurones,la fatigue,le repos et le sommeil;** par M. W. BEVAN LEWIS. (*The Journal of mental Science*, octobre 1906.)

Travail très nourri de faits et de citations dont les conclusions pratiques visent surtout l'étude de la fatigue chez les adolescents. L'auteur constate qu'il y a des variations diurnes à périodicité rythmique dans la capacité intellectuelle des enfants ; tel enfant produira à tel moment de la journée une somme de travail bien supérieure à celle qu'il est capable de fournir à un autre moment,et cela avec une moindre fatigue.Il faudrait donc que les maîtres se familiarisent avec les courbes de fatigue,afin d'intercaler au moment utile des périodes de repos entre les périodes d'effort ; ils auraient besoin de savoir aussi que la fatigue résiduale que présentent les enfants dont le sommeil est insuffisant va continuellement croissant et aboutit à une diminution importante de la capacité de travail, pouvant chez des sujets à tare névropathique, conduire aux formes graves de la folie des adolescents.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXXI.— **Définition et nature de l'hystérie** ; par CROCQ. (*Journ. de neurologie*, n° 8, 1907.)

L'hystérie, d'après l'auteur, est caractérisée surtout par une suggestibilité maladive. Le fait que la suggestion thérapeutique, désignée par M.Babinski sous le nom de « persuasion», peut guérir toutes les manifestations hystériques prouve d'une façon éclatante que la plupart de ces manifestations, notamment les paralysies,les anesthésies, les contractures, les idées fixes,etc.,sont les résultats de la suggestion ou de l'auto-suggestion. Il n'est cependant pas possible d'admettre que toutes les manifestations hystériques

soient le produit direct de la suggestiblité. L'hyperimpressionnabilité et la diminution du controle cérébral qui sont la cause vraie de la suggestibilité des hystériques peuvent aussi provoquer directement des phénomènes morbides.

L'accès convulsif n'est-il pas dans bien des cas l'expression pure et simple de l'hyperimpressionnabilité ? La versatilité, l'irréflexion des hystériques, ne sont-elles pas la conséquence directe de la diminution de leur contrôle cérébral ? L'exagération des réflexes tendineux niée par M. Babinski, mais acceptée par la plupart des cliniciens, n'est-elle pas le résultat de ces deux perturbations simultanées. L'auteur est ainsi conduit à conclure que trois facteurs caractérisent l'hystérie : l'hyperimpressionnabilité, la diminution du contrôle cérébral et l'hypersuggestibilité ; ce dernier facteur résulte des deux autres mais son importance clinique est telle qu'il peut nous frapper d'une manière toute spéciale. En se basant sur ces notions, on peut donner de l'hystérie, la définition suivante : l'hystérie est un état psycho-pathologique caractérisé par l'hyperimpressionnabilité, la diminution du contrôle cérébral et l'hypersuggestibilité. G. DENY.

XXXII. **Die hysterischen Dissoziationen im Lihckte der Lehre von der Energie-Absorption.** (*Les d. h. à la lumière de la doctrine de l'absorption d'é.*) par R. VOGT, de Kristiania, (*Ctrbl. f. Nervenh. u. Psychi.*, XXIX, f. 210, p. 249 à 255, 1er avril 1906.)

V. s'inspire des idées bien connues de Lipps sur l'association : quand deux territoires cérébraux A, B, sont associés, il y a d'abord écoulement d'énergie de B à A : il y a donc dissociation de B, ou *absorption* d'énergie, puis l'énergie va de A à B., c'est là le processus d'association proprement dit ; il y a *dérivation* d'énergie. Suivant les circonstances, l'un quelconque des deux courants peut prédominer.

D'autre part, un processus en A aura en B une action dissociante d'autant plus forte (inhibitrice, paralysante) que les voies associant A à B auront été mieux préparées par l'hérédité et l'exercice; la similitude des fonctions de A et de B a le même effet.

V. rappelle ensuite quelques exemples certains d'ass. structurellement préformées, congénitales pour ainsi dire : champ de projection d'un membre, centres de fonctions déterminées, que les processus inhibitifs de l'hystérie peuvent exclure en masse de la vie consciente : telle la paralysie isolée des mouvements de l'écriture. Ces mêmes processus dissociateurs peuvent étendre leur action à plusieurs fonctions semblables : excitation sexuelle produisant l'anesthésie des organes génitaux et de la mamelle. Quand, après un trauma, un membre est immobilisé un certain temps, et qu'il se produit une paralysie ou une anesthésie hystériques, il est inexact de dire que l'idée de cette paralysie en ait été la cause : il ne s'agi-

rait que d'un symptôme psychologique secondaire du processus dissociateur (absorbant de l'énergie).

La persistance des symptômes hystériques produits par une cause passagère peut aussi s'expliquer par l'hypothèse de Lipps : les processus corticaux se prolongent tant que l'énergie mise en jeu dans leur territoire n'a pas été absorbée par les territoires associés. Dans l'hystérie, les ass. sont pauvres et insuffisantes ; les processus (souvenirs) gardent donc plus longtemps leur énergie et leur pouvoir inhibiteur. Ch. B.

XXXIII. **Zur Prüfung der Pupillenreaktionen.** (*Sur l'examen des réactions pupillaires*) ; par HEDDAEUS, d'Essen. (*Ctrbl. f. Nervenh. u. Psy. chi.* XXIX, f. 213, p. 385 et 386, 15 mai 1906.

L'absence de la réaction de convergence ou réaction à l'accommodation d'un seul côté, indique une lésion du M. O. C., seul nerf que parcourt alors l'excitation.

La réaction à la lumière intéresse au contraire deux nerfs (II et III) dont on peut examiner séparément les fonctions. On soumet alternativement les deux yeux à la lumière et à l'obscurité : si les deux pupilles ou une seule réagissent normalement, les M. O. C. sont intacts ; si *une* pupille ne réagit pas quand on soumet les *deux* yeux à la lumière puis à l'obscurité, on dit qu'il y a immobilité réflexe ou absolue, suivant que la réaction à la convergence est conservée ou a disparu. Quand les deux pupilles réagissent à la convergence, mais non à l'éclairage alternatif, le diagnostic se pose entre l'immobilité réflexe des deux pupilles et le trouble fonctionnel des fibres pupillaires centripètes des deux yeux. En général, en soumettant les *deux* yeux alternativement à la lumière et à l'obscurité, on met en évidence les troubles du M. O. C.; en appliquant la même manœuvre à *un* seul œil, on peut déceler les troubles du nerf optique. Ch. B.

XXXIV.— **Ueber den Abbau des Nervengewebes.** (*Sur la désintégration du tissu nerveux*) ; par ALZHEIMER, de Munich. (*Ctrbl. f. Nervenh. u. Psychi.*, XXIX, f. 216, p. 526 à 528, 1er juillet 1906.)

A. doute que les méthodes « qui permettent de distinguer facilement les lésions de la P. G. de celles de la démence sénile, l'artériosclérose de la syphilis cérébrale » arrivent jamais à déceler des différences anatomo-pathologiques entre les cerveaux d'individus atteints de « psychoses simples » et puissent un jour aider la psychiatrie à débrouiller le chaos des formes observées.

Les quelques lésions notées dans les psychoses dites fonctionnelles sont essentiellement régressives, dégénératives, d'où l'importance de l'étude et du classement des produits de désintégration : certains, des premiers connus, ceux que met en évidence la méthode de Marchi ne présentent rien de caractéristique dans aucune psychose. Par contre, dans toutes les psychoses conduisant à la dé-

mence, on voit la graisse s'accumuler dans les cellules de l'adventice après avoir pris naissance dans d'autres éléments ; on la rencontre aussi dans les cellules nerveuses et névrogliques.

Dans l'idiotie amaurotique,elle est particulièrement abondante mais n'existe toutefois que sous forme d'une très fine poussière dans les cellules nerveuses ; il existe en même temps un autre produit de désintégration, protagonoïde,très abondant dans les cellules nerveuses, dont la coloration exige des méthodes spéciales. Ce corps fut retrouvé dans des psychoses fonctionnelles. Il y a d'autres, mais pour lesquels la technique n'est pas encore fixée.

Quant à la névroglie, elle présente dans différents cas de troubles psychiques des cellules à cytosome volumineux, ressemblant à des cellules amiboïdes (Eisath), contenant des granulations « myélinoïdes, fibrinoïdes » et de la graisse ; on peut souvent suivre leurs prolongements jusque dans l'espace lymphatique de l'adventice : peut être est-ce là la voie par laquelle la graisse arrive dans les cellules de l'adventice.

A. insiste, en terminant, sur la nécessité d'améliorer les moyens de fixation et de durcissement. (*Réunion annuelle de la société de Psychiatrie de Munich*, 20 et 21 avril 1906.) Ch. B.

XXXV. — **Ueber pathologische Beeinflussung des Bewegungsablaufs bei Erkrankung des Stirnhirns.** (*Trouble des mouvements par lésion du lobe frontal*) ; par Hartmann, de Graz. (*Ctrbl. f. Nervenh. u. Psychi.*, XXIX, f. 216, p. 534 et 535, 1er juillet 1906.)

Homme 34 ans; début brusque par vomissements, céphalée, stupeur. *A droite*, les excitations ne sont pas suivies de leur effet ordinaire, ainsi pas d'occlusion des paupières à l'approche brusque d'un objet pointu. Sensibilité cutanée et « sens musculaire » normaux. Les mouvements du côté gauche pouvaient d'abord être répétés à droite après leur accomplissement ; plus tard,ils ne purent être exécutés par le côté droit que pendant qu'ils l'étaient par le côté gauche. Les actes dont les mouvements devaient être dirigés par plusieurs organes sensoriels étaient mal exécutés par le côté *gauche* ; *à droite*, akinésie complète. Les mouvements d'ensemble, tels que la marche, étaient conservés ; pas de phénomènes spastiques. Anosmie bilatérale.

On peut dire que,dans ce cas,les impressions sensorielles fournies par le côté droit ne pouvaient pas une fois parvenues dans l'hémisphère gauche, servir au mouvement, même avec l'intervention des centres de l'hémisphère droit : complètement incapables d'exciter l'hémisphère gauche, elles ne représentaient pour l'autre que des excitants insuffisants et désordonnés.

Autopsie : Tumeur dans la substance blanche du lobe frontal gauche, ayant vraisemblablement son point de départ dans le genou du corps calleux. Intégrité du reste de l'hémisphère, notamment des circonvolutions centrales et de la capsule interne.

H. propose l'interprétation suivante : normalement les circonvolutions centrales ne sont pas dirigées directement par les centres sensoriels postérieurs : elles le sont toujours par l'intermédiaire du lobe frontal. Elles jouent dans les mouvements du corps un rôle analogue à celui du centre de Broca dans ceux du langage. Ce cas montre la grande importance des représentations cinesthétiques, qu'il faut localiser dans le lobe frontal ; il réalise exactement l'*apraxie motrice* indiquée par Liepmann dans son schéma (VI : perte des représentations cinesthétiques) et prouve que cette apraxie est un trouble transcortical. (*Réunion annuelle de la Soc. de Psychiatrie de Munich*, 20 et 21 avril 1906.) Ch. B.

XXXVI. — **Ein Beitrag zur Histopathologie des Tabes dorsalis.** *Contribution à, etc.* ; par P. Schrœder, de Breslau. (*Ctrbl. f. Nervenh. u. Psychi.*, XXIX, f. 218, p. 585 à 593, 1er août 1906.)

S. rappelle que la lésion du tabes est bien moins systématisée qu'on le croyait ; qu'Alzheimer a constamment trouvé la pie-mère épaissie et infiltrée de cellules plasmatiques et de leucocytes, tandis que ces éléments manquaient dans la moelle autour des vaisseaux, conformément, du reste, à l'opinion la plus répandue.

Dans cinq cas de tabes, dont un au début, S. constata, au contraire, des signes évidents d'inflammation dans tout l'appareil conjonctivo-vasculaire que la pie-mère envoie dans la moelle, signes plus nets dans le cas de tabes incipiens, mais existant encore dans des cas datant de plusieurs dizaines d'années. L'infiltration n'était pas limitée aux cordons postérieurs mais s'étendait sur toute l'épaisseur de la moelle ; dans un cas où elle fut recherchée dans tout le névraxe, S. la retrouva dans le nerf optique et le tronc cérébral, mais non dans l'écorce cérébrale. Elle manqua dans un cas de pseudo-tabes alcoolique et dans la dégénération des cordons postérieurs secondaire à la compression.

S. remarque que la même lésion se retrouve dans la P. G., notamment dans le cortex que rien ne permet encore de distinguer des lésions purement dégénératives des éléments *nerveux* de leur dégénération consécutive à un processus inflammatoire ; qu'il est enfin impossible de préciser la part des lésions qu'il constata dans la production de la dégénération des cordons postérieurs. Ch. B.

XXXVII. — **Ueber Hemiplegie bei intakter Pyramidenbahn.** *Sur l'h. sans lésion de la voie pyr.* ; par Spielmeyer, de Fribourg-en-B. (*Centrbl. f. Nervenh. u. Psychi.*, XXIX, f. 218, p. 600 et 601, 1er août 1906.)

Femme ; épilepsie génuine sans convulsions jacksoniennes, sans paralysies postparoxystiques ; démence progressive. Deux ans avant la mort (à 41 ans), après un état de crises, hémiplégie gauche qui présenta constamment les caractères de l'hémiplégie cérébrale.

Intégrité absolue des fibres pyramidales dans le pont, le bulbe,

la moelle, mais atrophie considérable de l'hémisphère droit surtout dans la région rolandique. Dans la lèvre postérieure de Fa, la couche des pyramidales géantes est seule conservée dans toute son étendue et ses cellules sont absolument semblables en tout à celles de l'hémisphère gauche. Il existe encore un assez grand nombre de grandes pyramidales dans l'étage profond de la 3e couche. Les autres couches ont plus ou moins disparu, et sont remplacées par de la névroglie bien caractérisée.

L'intégrité de la voie pyramidale s'explique facilement par celle des cellules pyramidales géantes et grandes que l'on considère comme l'origine de ses fibres. L'hémiplégie relève donc de lésions siégeant au-delà des cellules de projection. (33e *Réunion des neurologistes et aliénistes du S. O.* à Baden-Baden, 27 mai 1906.)

Ch. B.

XXXVIII. — **Deux tumeurs de l'hypophyse ; étude histologique** ; par Alquier et Schmiergeld. (*L'Encéphale*, 1907, nº 5.)

L'hyperplasie glandulaire ne semble pas devoir être considérée toujours comme une tumeur proprement dite: suivant les caractères histologiques constatés, cette hyperplasie répond à une hypertrophie simple par fonctionnement exagéré de la glande (Observation I), ou bien elle est associée avec des lésions dégénératives de la glande dont l'état des cellules révèle le non fonctionnement (Observ. II).

F. Tissot.

XXXIX. — **L'influence physiologique des vibrations mécaniques sur le système nerveux** ; par Stcherbak. (*L'Encéphale*, 1907, nº 3.

L'application locale de vibrations mécaniques (diapason, vibrateur électrique) est capable de « charger » d'énergie nerveuse certains appareils du système nerveux que l'on peut alors » décharger » à l'aide de certaines manœuvres (mouvements passifs, fixation immobile). En appliquant le vibrateur dans le domaine de l'articulation du genou, l'auteur a pu produire artificiellement chez l'homme l'exagération unilatérale du reflexe rotulien ; bien mieux, il l'a produite chez un tabétique dont les réflexes rotuliens étaient considérablement affaiblis. Ce clonus vibratoire a une origine centrale, c'est-à-dire que sa production nécessite l'intégrité des connexions entre les terminaisons nerveuses périphériques et la moelle, ainsi que de celles entre la moelle et le cervelet, celui-ci se montrant comme un accumulateur important d'énergie nerveuse. La nature de ces phénomènes vibratoires semble résider non dans un afflux d'énergie venu de l'extérieur, mais dans une nouvelle distribution de l'énergie nerveuse propre : sous l'influence des vibrations, des voies sinon nouvelles, du moins plus faciles, seraient créées au passage de l'influx nerveux. Au point de vue thérapeutique l'auteur a obtenu

de bons résultats de l'emploi des vibrations dans un cas de myopathie atrophique progressive. F. TISSOT.

XL. — **L'encéphalite aiguë non suppurée** ; par CHARTIER. (*L'Encéphale*, 1907, n° 3.)

Importante revue générale, bibliographique et critique, qui met au point et à sa place la question des encéphalites aiguës dégénératives. Il y a identité complète de nature entre celles-ci et les myélites diffuses, l'association des deux n'étant d'ailleurs pas rare sous la forme d'encéphalomyélite. Malgré la confusion qui pendant un temps a englobé l'encéphalite aiguë dans le ramollissement cérébral, il existe des différences anatomiques réelles entre le ramollissement inflammatoire de l'encéphalite et le ramollissement ischémique. F. TISSOT.

XLI. — **Examen des centres nerveux dans deux cas d'hystérie** ; par CLAUDE. (*L'Encéphale*, 1907, n° 7.)

Le système nerveux de certains sujets hystériques est loin d'être normal, sans qu'il soit possible cependant de déterminer dans quelles mesures les lésions constatées sont responsables des phénomènes hystériques. Il paraît probable que souvent les accidents hystériques se greffent sur des lésions organiques plus ou moins accusées et trouvent dans cette association la raison de leur longue durée et de leur ténacité. F. TISSOT.

XLII. — **Des altérations de la moelle épinière chez le lapin sous l'influence de la vibration intensive. Valeur diagnostique du clonus vibratoire. Contribution à l'étude de la commotion de la moelle épinière** ; par STCHERBAK. (*L'Encéphale*, 1907, n° 5.)

Travail faisant suite à un premier paru dans l'*Encéphale* 1907, n° 3 et où l'auteur expose les effets cliniques et les désordres anatomiques que peut produire dans la moelle la commotion prolongée de celle-ci sous l'influence de vibrations mécaniques intensives. Il résulte de ses expériences que seule l'absence du clonus vibratoire peut avoir une importance pour le diagnostic parce qu'elle indique une lésion organique ; mais la présence de ce phénomène réflexe n'exclut pas la possibilité d'une lésion médullaire. F. TISSOT.

ASILE D'ALIÉNÉS DE RODEZ. — *Postes d'interne vacants*. Deux postes d'interne en médecine sont actuellement vacantes à l'Asile d'aliénés de Rodez — Avantages : Traitement annuel de 800 francs; logement, nourriture, éclairage, chauffage, blanchissage. — Conditions : Nationalité française. Huit inscriptions. — Adresser les demandes au Directeur-Médecin de l'Asile avec un certificat de scolarité et un certificat de bonnes vie et mœurs.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

XXVIII. — **Les maladies nerveuses dans la pratique journalière** ; par Albert Charpentier. (*Bulletin médical*, 26 juin 1907.)

Ce sont des conseils que l'auteur donne aux praticiens sur lafaçon d'examiner un nerveux : il n'attache pas à l'interrogatoire l'importance qu'on lui attribue ordinairement et, cela, pour des raisons sérieuses : un interrogatoire trop approfondi facilite souvent les erreurs de diagnostic. Il insiste sur la possibilité des simulations conscientes,si difficiles à reconnaître parfois en médecine légale,et celle des simulations inconscientes si fréquentes dans l'hystérie, il rappelle également l'importance de l'usage de l'ophthalmoscope et du laryngoscope dans l'étude des maladies nerveuses; il insiste sur les troubles sensitivo-sensoriels pour éclairer le diagnostic.

L. Wahl.

XXIX.—**Suggestion et hystérie. Réponse à l'article de M.Bernheim: « comment je comprends l'hystérie »** ; par Babinski. (*Bulletin médical*, 11 mars 1907.)

Article de polémique assez virulent entre les deux savants maîtres au sujet des questions relatives à la pathogénie de l'hystérie. M. Bernheim a répondu à son contradicteur et maintient sa facon de voir

L Wahl.

XXX.— **A propos du traitement des méningites otitiques suppurées**; par Lapointe. (*Bulletin médical*, 10 avril, 1907.)

Une ponction lombaire pratiquée sur une jeune femme de 21 ans atteinte d'otite moyenne suppurée permit de reconnaître 95 % de polynucléaires, contre 5 % de lymphocytes ; le diagnostic d'abcès sous-dure-mérien s'imposait. Opération en un seul temps, malgré les classiques qui recommandent de la faire en deux temps. Guérison.

L. Wahl.

XXXI. — **Considérations générales sur l'hystérie** ; lecons du Prof. Raymond. (*Bulletin médical*, 29 mai et 19 juin 1907.)

Après avoir rappelé la vieille théorie utérine qui a régné dans la science depuis Hippocrate jusqu'à Landouzy, de Reims, le Prof. Raymond résume les théories de Charcot, Pitres, Sollier, Bernheim, Grasset, Pierre Janet,Claparède,Ziehen et Babinski.Il insiste avec Charcot sur le caractère spécial de l'hystérique, sur les anesthésies bizarres qui ne répondent point à des trajets anatomiques et ne sont point toujours dues, quoi qu'on en puisse dire,à des suggestions médicales ou imitatives,mais qui sont en rapport avec le subconscient, aussi bien que les hyperesthésies,les troubles systémati-

sés du mouvement, les tremblements et les chorées,qui ont comme substratum un souvenir latent d'un acte professionnel mis en branle par un concept mental lui-même subconscient, les troubles circulatoires et trophiques qui ne doivent point être rayés du cadre de l'hystérie, mais vis-à-vis desquels on doit se mettre en garde contre la simulation.

Le Prof. Raymond rapporte deux observations, l'une de pemphigus qui lui paraît authentique, l'autre d'œdème hystérique diagnostiqué par Charcot après que des praticiens des plus distingués eussent commis des erreurs. Ces états semblent.eux aussi,dus à une absence de contrôle correctif de l'intellect sur le subconscient. Enfin Raymond rappelle la grande attaque hystérique qui est un phénomène de réévocation consciente ou non,les désagrégations du moi le somnambulisme et la fugue, l'amnésie, l'aboulie et les troubles de caractère.

Le Prof.Raymond définit ainsi l'hystérie: «La psychonévrose hystérie résulte d'une modification du dynamisme nerveux caractérisée par un trouble du régime des réflexes corticaux ou sous-corticaux. Ceux-ci,inhibés ou excités, engendrent la dissociation des opérations psycho-physiologiques et leur fonctionnement isolé et sans contrôle.Ainsi sont créés des syndromes nerveux plus ou moins durables dans les divers domaines qui règlent ces réflexes ». Le Prof. Raymond établit le diagnostic de l'hystérie et de la psychasthénie;cette dernière évolue sur le terrain dégénératif,ses troubles vont en progression croissante et sont appréciés par le sujet lui-même avec une consciente suffisante.Il rappelle l'influence désastreuse des agglomérations d'hystériques dans un même service, les grandes épidémies de démonopathie, des possédées et jusqu'à celle de Savoie (1857).Enfin il présente deux malades,l'une appartenant au service du Prof. Déjérine et atteinte de contractures multiples, l'autre, un homme, atteint d'astasie-abasie. On doit éviter de confondre l'hystérie avec la démence précoce. Les cas de grande hystérie,que l'on ne voit plus comme autrefois s'accumuler dans les hôpitaux se rencontrent encore à l'état sporadique chez des prédisposés. L'isolement est le meilleur traitement de cette psychonévrose.

Au point de vue du traitement,l'hystérique doit être soigné individuellement pour éviter les contagions mentales et les exemples. La prophylaxie de cette redoutable affection doit tout d'abord consister dans une éducation rationnelle. On doit séparer de leur mère aussitôt que possible les jeunes prédisposés,les surveillant avec le plus grand soin au moment de la puberté. La maladie déclarée, le malade doit être isolé suivant la méthode de Weir Mitchell et de Charcot ; à l'hôpital, suivant celle de Déjérine, l'alitement est indispensable surtout chez les anorexiques, puis on doit procéder à une rééducation psychique et physique soit par la suggestion à l'état de veille soit, pour détruire l'idée fixe, à la suggestion hypnotique qui est sans danger lorsqu'elle est judicieusement emplo-

yée ; les courants électriques faibles, l'exercice méthodique, la gymnastique rhytmique et suédoise, le massage sont indiqués. La médication tonique et l'hydrothérapie sont d'excellents adjuvants du traitement. L. WAHL.

XXXI. — **Paralysie isolée du muscle grand dentelé** ; par CLAUDE et DESCOMPS. (*L'Encéphale*, 1907, nº 1.)

Affection rare se révélant par les déformations de l'épaule dans les diverses positions du bras, la réaction électrique de dégénérescence, la conservation de la force musculaire, les déformations thoraciques et rachidiennes. En ce qui concerne ces dernières, la déformation thoracique semble bien être secondaire à la déviation vertébrale qui est elle-même symptomatique de la paralysie du grand dentelé et dans la production de laquelle intervient en outre l'action réflexe et compensatrice des muscles voisins. La cause de cette paralysie réside dans une infection localisée sur le muscle surmené et sur la bourse séreuse d'articulation sous-scapulaire qui est en contact direct avec lui ; comme le nerf thoracique long chemine précisément tout contre cette bourse, l'infection a gagné le nerf d'où la névrite consécutive progressivement croissante jusqu'à aboutir à la paralysie complète du muscle. F. TISSOT.

XXXIII — **Les accidents nerveux du mal de Pott chez les adultes** ; (*Revue générale*), par ALQUIER. (*L'Encéphale*, 1907, I, nº 1.)

Plus fréquents chez l'adulte que chez l'enfant, plus fréquents aussi dans les localisations dorsales, ces accidents relèvent de plusieurs causes : la compression osseuse (peu fréquente mais non complètement négligeable), la péripachyméningite externe tuberculeuse constituée par le foyer tuberculeux et l'inflammation environnante, et agissant sur les racines et sur la moelle. Les méninges molles et la moelle sont rarement envahies par la tuberculose ; souvent la moelle présente des lésions d'œdème qui peuvent aboutir en foyers de nécrose. Les douleurs à caractères radiculaires marquent le début des manifestations nerveuses ; leur siège n'est pas toujours en rapport avec celui de la lésion ; puis surviennent les signes de compression radiculo-médullaire consistant en paralysies spasmodiques ou flasques. Le diagnostic est facile quand les signes rachidiens sont nets, il en est autrement quand ils manquent : les troubles douloureux du début donnent fréquemment lieu à des erreurs de diagnostic. La paraplégie des membres inférieurs pourra être attribuée à une méningo-myélite, à une compression médullaire. Le mal de Pott cervical donnera parfois le change avec la pachyméningite cervicale hypertrophique. Le pronostic du mal de Pott avec troubles nerveux n'est pas toujours mauvais, la guérison s'observe parfois, mais les récidives sont fréquentes. La réparation anatomique est très longue à s'effectuer (plusieurs années). Le traitement chirurgical est peu recommandable. F. TISSOT.

XXXIV— **La compression radiculo-ganglionnaire dans les tumeurs de l'encéphale** ; par Lejonne. (*L'Encéphale*, 1907, n° 3.)

Les tumeurs de l'encéphale qui produisent une forte compression cérébrale, s'accompagnent fréquemment d'un syndrome particulier, le syndrome de compression radiculo-médullaire, qui reconnaît pour cause des lésions des racines et des cordons postérieurs. Le signe principal est la diminution puis la disparition des réflexes tendineux ; les autres signes, moins constants et d'appréciation plus difficile, consistent en phénomènes ataxiques, troubles divers des sensibilités subjective et objective, et sont parfois assez accentués pour évoquer l'idée d'un tabès. La ponction lombaire met en évidence l'hypertension du liquide céphalo-rachidien qui, mesurée au manomètre, peut atteindre 40 cent. d'eau. La lésion primitive, uniquement mécanique, siège au niveau des racines rachidiennes, surtout de la postérieure, elle consiste en une dislocation des travées conjonctivo-vasculaires de ces racines ayant son maximum à leur point de passage dans le canal dural (« zone fragile » de Nageotte). Secondairement se produisent des lésions parenchymateuses (désintégration granuleuse, démyélinisation) ; les cylindraxes peuvent être plus ou moins altérés, ils persistent toujours. Ce syndrome est amené par l'hypertension du liquide céphalo-rachidien qui agit en disloquant les fascicules nerveux. F. Tissot.

XXXV. — **Contribution à l'étude de l'incontinence nocturne** ; par M. Perrin. (*Rev. med. de la Suisse Romande*, 1906, n° 8.)

L'incontinence nocturne essentielle de l'urine n'implique nullement, d'après l'auteur, une faiblesse organique du sphincter ; s'il en était autrement, cette faiblesse devrait également se manifester au même taux à l'état de veille.

Neuf fois sur dix, c'est à un sommeil trop profond qu'est due l'incontinence nocturne d'urine. Ce profond sommeil, en éliminant l'action des centres cérébraux qui pendant l'état de veille règlent les fonctions vésicales, transforme la miction en un réflexe médullaire ; le sommeil anormal étant constaté on en recherchera les causes dans chaque cas particulier, il est dû souvent, d'après l'auteur, à la présence de végétations adénoïdes qu'il suffit d'enlever pour rétablir les mictions anormales.

Dans le cas contraire on aura recours à des massages tonifiants du muscle sphincter par l'intermédiaire du courant faradique à interruptions lentes. G. Deny.

XXXVI. — **Sur deux cas de fièvre hystérique**; par M. Issailowitch-Duscian. (*Rev. med. de la Suisse Romande*, 1906, n° 9).

L'auteur relate les observations de deux sujets, une femme de 26 ans et un homme de 28 ans, qui ont été atteints de fièvre hystérique et qui ont, guéri l'une sous la menace d'un divorce,

l'autre à la suite de la frayeur qu'il a éprouvée en assistant à un lavage de la vessie, opération à laquelle il redoutait d'être lui même soumis.

La fièvre hystérique serait caractérisée par son irrégularité et sa résistance aux antithermiques,par l'absence de troubles généraux concomitants ou la discordance de ceux-ci et enfin par l'existence d'antécédents et de stigmates hystériques. G. DENY.

XXXVII. — **Einige Bemerkungen zur Lehre von den traumatischen-Neurosen.** *Quelques remarques sur les névrose tr.*; par WILHELM-SPECHT, de Tubingen. (*Ctrbl. f. Nervenheilk. u. Psychiat.*, XXIX, fasc. 204, p. 1 à 15, 1er janvier 1906.)

Etude des courbes de fatigue de l'association (additions) et du travail musculaire (à l'ergographe) chez deux sujets atteints de névrose traumatique.

Homme de 64 ans, présentant,consécutivement à un accident, de l'affaiblissement de la mémoire, de la dépression, une moindre résistance à la fatigue, de l'insomnie. Les deux courbes descendent rapidement, mais après une pose, la courbe de travail intellectuel récupère et au-delà son niveau originel. C'est en somme une courbe à peu près normale.

Homme de 48 ans, maladif; consécutivement à une chute, douleurs précordiales survenant par accès avec dyspnée; triste,excitable, aboulique,incapable de toute occupation ; tachypnée et nombreux stigmates hystériques. Les deux courbes s'écartent à peine de l'horizontale ; d'après S., ce serait là l'effet, non pas d'une résistance amoindrie à la fatigue, mais de troubles des processus volitionnels ou de la vie affective ; peut être sentiment ou idée confuse d'incapacité.

Les différences des courbes correspondraient à des différences fondamentales dans les personnalités.L'A. dit avoir observé les mêmes particularités chez sept autres sujets qu'il classe en deux groupes représentés chacun par un des cas cités : l'hystérie serait en cause pour le deuxième groupe ; quant au premier, s'élimine la neurasthénie acquise qui n'apparaît guère, d'après Krapelin, que lorsque la cause déprimante a prolongé pendant longtemps son action ; il incrimine la nervosité au sens de Krapelin, c'est-à-dire la forme constitutionnelle originelle de faiblesse nerveuse, en faisant des réserves sur la préexistence de la psychopathie originelle et de lésions organiques. Ch. B.

XXXVII.—**Des principaux signes objectifs que la volonté, la suggestion et l'hytérie ne peuvent reproduire** ; par Albert CHARPENTIER. (*Bulletin médical*, 10 juillet 1907.)

Ce sont d'abord les réflexes que l'on doit rechercher sur le membre nu, avec un marteau à réflexes et les muscles étant placés dans le relâchement ; on doit détourner l'attention du sujet et

comparer attentivement les deux côtés. Les reflexes obéissent aux deux lois suivantes dues à Babinski : 1° loi des différences individuelles : un même reflexe n'est pas d'intensité égale chez tous les sujets ; 2° égalité bilatérale. Il est parfois impossible de décider si les réflexes sont simplement forts ou s'ils sont exagérés, mais on sera en droit de déclarer qu'ils sont exagérés quand on observera soit la trépidation épileptoïde légitime et parfaite du pied soit de trépidation de la rotule, soit la trépidation de la main. Si maintenant il y a inégalité entre les reflexes des deux côtés et si du côté ou les réflexes sont les plus faibles, ils paraissent égaux ou supérieurs à la normale, on pourra dire que de l'autre côté ils sont exagérés. En ce qui concerne le réflexe rotulien on ne devra affirmer l'existence de l'exagération de réflexe et en faire état pour le diagnostic que si on constate d'autres phénomènes objectifs indiquant également une excitabilité pathologique des centres nerveux exagérée exagération des reflexes achilléens; trépidation épileptoïde du pied légitime et parfaite signe de Babinski. Pour les réflexes achilléens il faut tenir compte des causes d'erreur qui sont au nombre de trois principales : 1° Le réflexe existe et paraît aboli par contraction permanente consciente ou inconsciente du biceps sural ; 2° le réflexe aboli paraît exister, on constate même parfois le réflexe du paradoxal la contracture réflexe des fléchisseurs du pied étant prise pour celle des extenseurs ; 3° enfin une contracture volontaire tardive due à la simulation, il faut aussi étudier le reflexe des adducteurs et au membre supérieur ceux des muscles biceps brachial, biceps et muscles de l'avant-bras. Le clonus du pied doit être recherché avec soin, il s'accompagne parfois de trépidation épileptoïde de la rotule, il ne faut pas confondre ces phénomènes (Babinski) avec ceux qui sont dus à un tremblement hystérique; si la lésion est organique la trépidation cesse aussitôt qu'on en supprime la cause; elle persiste quelque temps encore chez les névroses Enfin il faut faire attention à la possibilité d'un élément névrosique surajouté à une lésion organique, ce qui n'est pas toujours facile. L. WAHL.

XXXIX. — **Rupture du cœur, ralentissement du pouls, crise épileptiforme ; importance pathogénique des lésions cardiaques** ; par MM. OULMONT et LÉON (*Bull. méd.*, n° 96, 1906.)

Très intéressante observation d'une vieille femme de 75 ans qui mourut subitement pendant une crise épileptiforme après deux jours de maladie : elle présenta une légère élévation de température avec un ralentissement du pouls dont les paroxymes coincidaient avec des crises épileptiformes. A l'autopsie, on trouve le cœur rompu au niveau de la face antérieure du ventricule droit avec présence de caillots dans le péricarde. L'examen histologique du cerveau et du bulbe resta négatif ; seuls les vaisseaux du bulbe

furent trouvés athéromateux. Est-ce à cela que sont dus les vomissements. L. WAHL.

XL. — **Sur deux cas d'épilepsie jacksonnienne**; par M. DURAND. (*Société de Chirurgie de Lyon*, 8 novembre 1906, in *Lyon médical*. n°49.)

Deux observations d'épilepsie jacksonnienne que M. Durand a rapportées.

Observation I. — Epilepsie jacksonnienne à la suite d'un coup de feu par carabine Flaubert dans la région frontale, balle intracérébrale, détermination et extraction de la balle ; kyste post-traumatique. L'auteur met en relief dans cette observation l'influence des kystes post-traumatiques dans la production des crises jaksonniennes et d'autre part avec quelle précision les rayons X peuvent déterminer le siège d'un projectile intra-cérébral et en permettre la facile extraction.

Observation II. — Méningite aiguë ancienne, épilepsie jaksonnienne (côté droit) avec hémiparésie et hémi-dysesthésie, large volet cutanéo-osseux ; lésions méningo-encéphaliques incurables ; guérison opératoire ; persistance des crises. L'intervention permit de voir sur le vivant des lésions anciennes résultant de méningite et cette observation n'a d'autre intérêt que celui d'une constatation anatomo-pathologique. G. C.

XLI. — **Paralysie ancienne de la branche temporale du nerf facial gauche consécutive à une incision d'abcès dentaire**; par M. BICHELONNE (*Bull. méd.*, n° 98 de 1906.)

Avant son incorporation, un soldat fut victime de cet accident, d'ailleurs très rare à la suite d'une intervention malheureuse qui coupa une branche du facial et le canal de Sténon. La fistule de ce canal guérit par des cautérisations répétées avec une facilité relative, mais la paralysie persista avec occlusion complète des paupières de l'œil gauche épiphora, léger degré d'exorbitis et rides frontales (paralysie du sourcilier). Bichelonne a tenté de pratiquer une anastomose entre la branche sectionnée et un autre filet moteur. L. WAHL.

XLII. — **Hyperesthésie en pathologie générale et en clinique** ; par M. LEVEN. (*Bull. méd.*, n° 19, 1907.)

Depuis longtemps ; Leven père avait signalé une hyperesthésie spéciale chez les dyspeptiques, et le prof. Weil, de Lyon, chez les tuberculeux. Récemment, Jacquet a constaté, en outre, chez ces sujets, des phénomènes vaso-moteurs, thermiques, pupillaires et trophiques que sont sujets à transfert. Un de ses élèves, Lebard, a montré qu'il existe tout particulièrement chez ces sujets des épistaxis, et surtout des lésions cutanées, herpès urticaire, impétigo,

érythème noueux, pelade, pemphigus, eczéma nummulaire. On rencontre des troubles de même nature du côté de l'épanchement chez les pleurétiques, chez les rhumatisants, dans les amygdalites chez les femmes atteintes de pelvi-péritonite et de salpingite. Ces faits ne relèvent pas de l'hystérie, au sens que Babinski donne à ce mot. Mais on peut y voir une application de la loi de Brown-Sequard qu'on peut formuler ainsi : « une irritation quelconque du système nerveux exalte la sensibilité du même côté, l'abaisse de l'autre une irritation ultérieure tire à elle, transfère l'hyperesthésie ». Il n'est guère possible d'irriter une partie sensible de l'organisme sans modifier plus ou moins complètement l'équilibre dynamique de la presque totalité du système nerveux. Il y a lieu de tenir compte de ces phénomènes en clinique ce qui est assez généralement négligé aujourd'hui. L. WAHL.

XLIII. — **Hyperesthénie gastrique et épilepsie** ; par M. Albert ROBIN. *Bull. méd.*, n° 15, année 1906.)

Un jeune épileptique héréditaire, tuberculeux au début, vit ses crises augmenter sous l'influence des troubles dyspeptiques caractérisés par de l'hyperchlorhydrie .

Le professeur Robin lui prescrivit son régime déchloruré et le mélange suivant à la dose de vingt-cinq gouttes par jour.

Teinture de Coque du Levant........		10 gr.
— cannabis indica.........	}	
— belladone..............	}	
— jusquiame..............	} àâ	3 gr.
— thébaïque.............	}	
Ergotine de Bonjan................	}	

et des paquets de magnésie calcinée, bicarbonate de soude craie préparée et lactose. Quelques jours après, il le mit au bromure et aux injections rectales de liqueur de Fowler ; le sujet s'améliora rapidement. L. WAHL.

XLIV. — **Sur un signe de paralysie organique du membre inférieur** ; par MM. NOICA et J. COHEN. (*Journal de Neurologie*, 1907, n° 12.)

MM. Grasset et Gaussel ont récemment attiré l'attention sur un signe de paralysie organique du membre inférieur consistant dans la possibilité de soulever isolément le membre paralysé avec impossibilité de soulever simultanément les deux membres inférieurs.

Ce signe a été retrouvé par MM. Noica et Cohen chez un grand nombre d'hémiplégiques, chez plusieurs paraplégiques et chez trois vieillards qui n'avaient aucune lésion organique du système nerveux, ce qui diminue un peu sa valeur diagnostic.

La cause de cette impossibilité de soulever simultanément le

deux membres inférieurs paraît être due à un affaiblissement ou à une paralysie des muscles qui fixent le tronc et le bassin sur le plan du lit. La preuve en est dans le fait que si on permet au malade de s'appuyer avec les mains sur le lit ou si on fixe le bassin ou les épaules à l'aide des mains l'élévation simultanée des membres inférieurs redevient possible. G. DENY.

XLV. — **Les affections qu'on confond souvent avec la neurasthénie; nécessité d'un diagnostic précis préalable pour instituer un traitement rationnel** ; par M. GILBERT BALLET. (*Bull. méd.* n° 88, 1906.)

Le Prof. Dubois, de Berne, formule à nouveau la vieille objection: «A quoi bon un diagnostic précis qui coûte tant de peine et ne change rien au résultat final du traitement.» M. Ballet s'élève avec raison contre ce geste de découragement«. Si, il faut un diagnostic précis quand ce ne serait que pour éviter de confondre la neurasthénie avec les états qui lui ressemblent et dont le pronostic est tout différent.» Que peut faire la psychothérapie sur une P.G. dépressive au début ? sur la dépression mélancolique de Lange, qui n'est qu'une variété de la folie circulaire ? sur les tumeurs cérébrales ? sur les auto-intoxications rénales ou hépatiques ? Non, il ne faut pas que la neurasthénie de Beard devienne ce qu'était le nervosisme de Bouchut, une sorte de *caput mortuum* dans lequel on classe ce que l'on ne sait où placer. Il faut aussi distinguer, au point de vue du pronostic et du traitement, la neurasthénie de l'hypocondrie, de la mélancolie vulgaire, des scrupules, doutes et phobies pathologiques, de la névrose d'angoisse ou d'anxiété de Brissaud. Ballet indique les éléments d'un diagnostic qui pour n'être pas toujours facile, a besoin d'être fait avec précision. L. WAHL.

XLVI.—**Les abcès du cerveau d'origine otique** ; par M. CAUSSADE WICART et MILHET. (*Bulletin médical*, 1906, numéro 89.)

Le diagnostic de cette affection n'est pas toujours possible lorsqu'elle siège dans le lobe sphénotemporale ce qui est relativement fréquent à cause des rapports intimes qui unissent l'oreille moyenne et ses annexes avec cette partie du cerveau. Lorsqu'il y a des symptômes, ce sont les suivants : céphalée, vomissement, amaigrissement; ce dernier est très important; de plus, la ponction lombaire est précieuse pour le diagnostic. Le signe de Kernig, au contraire, est des plus trompeur. Pour arriver au diagnostic, il faut examiner avec soin les fonctions de l'audition et celles du sens de l'espace ainsi que l'état de la région mastoïdienne, du fond de l'œil et celui du sang dans lequel les globules blancs peuvent tomber à 15.000. Si le pus qui s'écoule par l'oreille a un aspect stéatomateux, il faut penser à l'envahissement des os du crâne. Parfois un abcès du cervelet succède à une lésion de voisinage du sinus latéral. Contre les abcès du cerveau d'origine otique, il fait d'abord pratiquer

une attico-antrotomie ; puis examiner au stylet et avec le plus grand soin le fond de la plaie ; s'il y a lieu, on fera sauter à la gouge, le toit de l'autre, on examinera alors la dure-mère que l'on ouvrira largement si l'on constate un abcès. Les auteurs citent une très intéressante observation dans laquelle un sujet paraissant guéri mourut subitement. A l'autopsie, on constata un abcès du lobe sphénoïdal des caillots dans les ventricules latéraux et médians, de la sclérose des noyaux gris, ce qui indiquait une lésion ancienne. L. WAHL.

XXVII.— **Ein Fall von Erb'scher Krankheit. (Myasthénie).** (*Un cas de maladie d'Erb*); par A. KNOBLAUCH, (*Ctrbl. f. Nervenh. u. Psychi.*, XXIX, f. 218, p. 605, 15 août 1906.)

Homme 40 ans; biopsie du biceps gauche, particulièrement atteint : infiltration surtout circumvasculaire de petites cellules à noyau volumineux et fortement basophile, siégeant surtout autour des vaisseaux, mais formant aussi des anneaux autour des fibres musculaires ; celles-ci ne présentent ni multiplication de leurs noyaux ni aucune modification de leur volume, de leur striation. Intégrité des nerfs, des fuseaux et du tissu conjonctif. Pas de cellules épithélioïdes. Il existait peut-être une tumeur médiastinale. K. rapelle que dans un grand nombre des cas publiés il y avait des néoformations dans différents organes : Laquer, Hunn, Burr : tumeurs ou hyperplasie du thymus : Goldflam lymphosarcome des poumons; Dreschfeld : kyste dermoïde de l'ovaire ; Sossedorf: lipome du rein. Simple coïncidence ? (33e *Réunion des neurologistes et aliénistes du S. O.*, à Baden-Baden, 27 mai 1906.) Ch. B.

XLVIII. — **Ueber den sogenannten Hemispasmu glossolabialis der Hysterischen.** (*Sur le soi disant, etc* ; par MAX EDEL, de Charlottenburg. (*Ctrbl. f. Nervenh. u. Psychi.*, XXIX, f. 219, p. 637 à 640 15 août 1906.)

Hémiplégie et hémianesthésie droites dues à un traumatisme datant de 17 ans ; l'hémianesthésie respecte la main et le pied, mais s'étend à la moitié droite de la face, de la langue, de la muqueuse buccale, et s'accompagne de diminution de l'odorat et du goût à droite. La langue, très déviée à gauche, ne peut être ramenés sur la ligne médiane que lorsque la volonté est aidée par la suggestion (faradisation sans courant). Signes évidents de parésie de la moitié droite de la face, mais d'une parésie bien différente de celles que produisent les lésions du nerf facial, et telle, au contraire, que pourrait la réaliser un simulateur étranger à la physiologie : immobilité absolue de la joue pendant le souffler, participation du nerf masticateur, sens de la déviation de la langue ; le vulgaire ignore en effet le mode d'action des muscles de cet organe. D'autre part, il n'y avait pas de spasme des muscles du côté gauche. E. conclut que, contrairement à l'opinion, maintenant d'ailleurs

abandonnée, de Charcot, il y a bien parésie hystérique d'un côté (ordinairement celui de l'hémiplégie) et non spasme glosso-labié de côté opposé.

König rappelle à propos de ce cas ses travaux sur la question (*Nrlg. Ctrbl.*, 1892 et *Arch. f. Psych.*, XXXI) ; il note que la langue peut être déviée du côté opposé au spasme, et que, pour diagnostiquer le spasme, le sens de la déviation est moins important que l'impossibilité de ramener la langue sur la ligne médiane ; dans certaines formes frustes, les deux moitiés de la face peuvent être atteintes. (*Berlin. Ges. f. Nervenk.*, 7 mai 1906). Ch. B.

XLIX. — **Zur Kasuistik der vasomotorisch - trophischen Neurose** (*Sur la symptomatologie de la névrose v.*) ; par M. Rosenfeld, de Strasbourg. (*Ctrbl. f. Nervenh. u. Psychi.*, XXIX, f. 220, p. 665 à 680, 1er sept. 1906.)

5 cas de troubles vasomoteurs, moteurs et trophiques rappelant, par leur nature, leur groupement et leur sériation chronologique, les symptômes accessoires tantôt unilatéraux, tantôt bilatéraux de la maladie de Basedow.

I. Homme 32 ans, début brusque par sueurs profuses et faiblesse extrême ; puis crampes dans le bras gauche ; puis signes de tétanie et hémianesthésie gauche, puis paresthésies à gauche avec sueurs profuses, sensations subjectives anormales et abolition du sens de la position des membres ; céphalée à gauche. Accès d'angoisse ; état cachectique. Pas d'hystérie.

II. Femme : 29 ans, début par vertiges, céphalée et troubles visuels ; diplopie, etc. La parole devient lente ; pause après chaque syllabe ; faiblesse et maladresse des membres supérieurs ; l'identification des petits objets par le toucher est incomplète : sueurs profuses fréquentes ; troubles de la pigmentation de la face. Pas d'hystérie.

III. Femme 20 ans, guérie de chlorose. Début par paresthésie, puis maladresse puis astéréognosie de la main droite. Léger goître, très légère exophtalmie, rien au cœur. Sueurs continuelles des extrémités ; puis céphalée, troubles de la vue, paresthésie de la main gauche ; paralysie transitoire de l'abducens à gauche. Aucun signe d'hystérie.

IV. Femme 37 ans : début par œdème du dos des mains avec exacerbations. Plus tard, l'œdème forme des bosses distantes les unes des autres, indolores, même à la pression ; puis céphalée, vertiges, poussées d'urticaire, amaigrissement ; sueurs anormales, troubles de la pigmentation de la face, faiblesse extrême, paresthésies pénibles des extrémités ; tumeur sous l'extrémité inférieure du sterno-mastoïdien droit. Rien au cœur. Pas d'hystérie

V. Femme 55 ans : début par sensation permanente de froid aux extrémités, palpitations ; puis akinésia algera des deux jambes pendant 2 mois. Troubles de la vue à droite, puis l'amaurose probable-

ment sans névrite optique, qui dura six semaines ; la vision fut rétablie d'abord dans la périphérie du champ visuel 2 ans après, vertiges, vomissements, douleurs dans les extrémités, faiblesse extrême. Pouls habituellement faible, souvent à 60, souvent à peine perceptible, ainsi que les bruits du cœur, ou même tout à fait imperceptible pendant plus ou moins longtemps.

R. fait une longue critique de chacun des symptômes des 5 cas : « combinaison de formes communes de la névrose vasomotrice avec presque tous les signes accessoires du goitre, exophthalmique, mais sans les symptômes cardinaux ». L'existence de signes cardiaques, dans un cas et, dans deux autres,de troubles physiologiques des 2e et 6e nerfs crâniens,tend à démontrer qu'un trouble des nerfs périphériques peut être ramené à des troubles vasomoteurs.

D'autre part dans 4 cas, l'hystérie ne pouvait être mise en cause, d'après l'anamnèse, l'évolution, l'état psychique,tant dans le cours que dans l'intervalle des accès. Ch. B.

L. — **Ueber abnorme Bewegungserscheinungenn am Kopfe nach Schaedelbasisfraktur.** (*Sur des symptômes moteurs anormaux dans le domaine des nerfs crâniens après fracture de la base du crâne*) par Bumke, de Fribourg-en-B., (*Ctrbl. f. Nervenh. u. Psychi.*, XXIX, f. 213, p. 386 à 394, 15 mai 1906).

Homme, 27 ans ;trauma violent; alitement de 4 semaines ; trois mois après on constate : *à gauche* amaurose avec atrophie papillaire ; mydriase ; paralysie de l'abducens ; paralysie faciale,surdité; *à droite* parésie du facial et de l'abducens ; forte diminution de l'acuité auditive ; abolition du goût dans les deux tiers antérieurs de la langue ; otite moyenne suppurée des deux côtés (fracture des deux conduits auditifs externes).

B. reprend en détail chacun de ces symptômes ; il insiste notamment sur les mouvements des paupières, — l'examen électrique des muscles, — les réflexes consécutifs à la percussion des muscles et du périoste, — le signe de Hitzig-Cassirer du côté simplement parésié : tension tonique persistante des muscles,produite par des chocs longtemps répétés ou des frictions, — les contractions musculaires d'une moitié de la face par excitation de l'autre moitié, ou de la partie supérieure d'un des trapèzes par percussion au niveau de l'émergence du nerf sous-orbitaire et du nerf mentionner du côté opposé. Il rappelle à ce propos les travaux d'Oppenheim, Hoffmann, Bernhardt, Bénédikt et surtout de Hitzig ; ce dernier parvint, dans la paralysie faciale, par excitation du trijumeau ou de l'optique,à produire des réflexes anormaux : mouvement brusque de la tête en arrière, remplaçant, pour ainsi dire, l'occlusion des paupières devenue impossible ; il compara ces mouvements réflexes aux mouvements de défense que l'on peut observer chez la grenouille décapitée. B. adopte les vues du physiologiste et admet que,consécutivement à la suppression de la conduction par le nerf facial

le centre réflexe de ce nerf, c'est-à-dire le bulbe, devient particulièrement excitable et permet une diffusion anormale des excitations. B. donne la bibliographie des nombreux travaux qu'il cite.

Ch. B.

LI. — **Syndrome hémi-tonoclonique post-hémiplégique ; ses rapports avec les autres troubles moteurs post-hémiplégiques** ; par Etienne. (*L'Encéphale*, 1907, nº 7.)

Hémiplégique présentant un état permanent de contracture active, d'hypertonisme musculaire que la moindre excitation périphérique transforme en paroxysmes myotoniques douloureux accompagnés de crises myocloniques ces accès se produisant surtout à l'occasion des mouvements automatiques et non volontaires. Une véritable hypertrophie musculaire s'est produite à la faveur de cette contraction continue. Cet état s'écarte complètement de la contracture post-hémiplégique habituelle, il est d'ailleurs rare après l'hémiplégie. Il est vraisemblablement lié à des lésions des cellules motrices, la simple excitation de fibres de transmission paraissant *a priori* insuffisante à le produire. La lésion peut être localisée dans la région thalamique. F. Tissot.

LII. — **Sur les variétés «en largeur» du syndrome de Brown Séquard** ; par Klippel et Chabrol. (*L'Encéphale*,1907, nº 7.)

La forme complète, classique, du syndrome de Brown-Séquard est rare, parce que l'hémisection expérimentale de la moelle qui la détermine n'est presque jamais réalisée en clinique. C'est donc surtout des formes partielles, atypiques, que l'on observe ; celles-ci peuvent être groupées en trois variétés principales suivant la prédominance des symptômes et la localisation des lésions : formes frustes sensitives comprenant les trois sous-variétés syringomyélique, tactile, avec modifications du sens musculaire ; formes où prédominent les troubles sympathiques (syndrome sympathique) ; formes avec troubles trophiques (syndrome des cornes antérieures.) F. T.

LIII. — **Syringomyélie spasmodique douloureuse à évolution rapide** ; par Verger. (*L'Encéphale*,1907, nº 7.)

Observation intéressante par : l'association de phénomènes spasmodiques dus à la propagation de la sclérose névroglique aux faisceaux pyramidaux ; l'existence de douleurs vives spontanées affectant la topographie et le type sensitif des douleurs d'origine radiculaire ; la rapidité d'évolution (vingt-un mois). F. T.

LIV. — **Acromégalie sans gigantisme ayant débuté avant vingt ans** ; par Claude. (*L'Encéphale*, 1907, nº 3.)

L'acromégalie produit le gigantisme tant que les cartilages juxta-épiphysaires ne sont pas soudés. La malade qui fait l'objet de l'ob-

servation, toute jeune et acromégale qu'elle est, n'a pas fait de gigantisme parce que la soudure de ses cartilages s'est faite de très bonne heure dans la période de croissance. F. TISSOT.

LV. — **Obésité familiale**; par ROSE. (*L'Encéphale* 1907, n° 3.)

Cas intéressant par la précocité de soudure des épiphyses, par l'influence manifeste qu'ont exercée les fonctions ovarienne et thyroïdienne sur le développement de la polysarcie. F. T.

LV. — **Note sur l'état actuel de la pellagre dans les Landes. Un cas de pellagre avec confusion mentale stupide**; par RÉGIS. (*L'Encéphale*, 1907, n° 4.)

La pellagre, même dans les Landes où elle avait son dernier foyer, est une rareté. L'auteur en apporte un cas très caractéristique avec sa triade symptomatique : érythème cutané, diarrhée, troubles psychiques à forme de confusion mentale, la psychose pellagreuse se manifestant sous la forme confusionnelle avec ou sans délire hallucinatoire, comme c'est la règle dans les psychoses toxiques. La femme qui fait l'objet de l'observation ne mangeait de maïs en aucune façon. F. TISSOT.

LVI — **Les paraplégies organiques des vieillards** ; par LEJONNE et LHERMITTE (*L'Encéphale* 1907, n° 7.)

Revue générale où les auteurs font l'étude clinique, anatomo-pathologique et pathogénique des trois formes bien distinctes de paraplégies séniles : lacunaire, myélopathique et myopathique. Ces paraplégies peuvent rester flasques, ou s'accompagner de contractures ou se compliquer de rétractions. F. TISSOT.

LVII. — **Quelques considérations sur les troubles oculaires de l'épilepsie et de l'hystérie au point de vue médico-légal**; par PANSIER, RODIET et CANS (*L'Encéphale*, 1907, n° 8.)

Il est facile de simuler l'épilepsie dans ses manifestations convulsives, il est plus difficile de reproduire les symptômes oculaires, de la crise dont les plus intéressants au point de vue médico-légal, parce que les mieux constatables, sont les modifications des pupilles et le rétrécissement du champ visuel Quoique plus rare, la simulation de l'hystérie est possible ; là encore ce sont les phénomènes oculaires qui permettront de dépister la simulation ; or la polyopie monoculaire et le rétrécissement du champ visuel avec inversion des couleurs sont des signes faciles à observer, impossibles à simuler. Dans l'épilepsie larvée, dans les états hystéro-épileptiques, la recherche de ces symptômes oculaires peut avoir une réelle importance. Les auteurs relatent l'observation d'un homme qui se plaignait d'accès d'amblyopie passagère, fut d'abord considéré comme un simulateur et chez lequel un examen attentif révéle

de nombreux signes d'hystérie entre autres la polyopie monoculaire par interposition d'un verre coloré. F. TISSOT.

LVIII. — **Un cas d'atasie-abasie choréiforme**; par LEJONNE et CHARTIER. (*L'Encéphale*, 1907, n° 5.)

Hystérique chez laquelle le syndrome nerveux constaté ne paraît pas être sous la dépendance de la perte du sens musculaire et articulaire, mais bien d'une idée fixe subconsciente de chute possible qui détermine, pendant la marche seulement, une gesticulation désordonnée destinée à éviter la chute. Guérison par l'hypnotisme.

F. TISSOT.

LIX. — **Contribution à l'étude clinique de l'équivalent épileptique (manie transitoire)**; par MONDIO. (*L'Encéphale*, 1907, n° 4.)

L'observation que rapporte l'auteur l'autorise à considérer la manie transitoire comme un équivalent épileptique. Les caractères essentiels de la manie transitoire sont : l'apparition subite ou quasi telle de l'accès au cours d'une santé parfaite, sa durée qui varie de quelques heures à deux jours, la tendance aux réactions violentes, l'amnésie de tout ce qui est survenu pendant l'accès, sa terminaison par le sommeil, le retour plus ou moins brusque à l'état de santé, la fréquence de l'absence de récidive. F. TISSOT.

LX. — **Aphasie motrice avec troubles psycho-sensoriels au cours de la démorphinisation**; par BELLETRUD. (*L'Encéphale*, 1907, n° 4.)

Observation d'aphémie pure et transitoire survenue chez un vieillard démorphinisé. F. T.

LX. — **L'aphasie motrice et sa localisation corticale**; par DÉJERINE. (*L'Encéphale*, 1907, n° 5.)

Depuis Broca, on admet généralement que le centre moteur du langage a sa localisation corticale dans le pied de F^3, mais dans les rares cas publiés d'aphasie motrice pure l'examen macroscopique seul a été pratiqué, ce qui est insuffisant ; il n'existe aucune observation d'aphasie motrice suivie d'autopsie dans laquelle une lésion limitée à la circonvolution de Broca et à la substance blanche sous-jacente, sans propagation de la lésion à la substance blanche des régions voisines, ait été étudiée par la méthode des coupes microscopiques sériées. Or cette méthode est absolument indispensable pour étudier la topographie et l'étendue de n'importe quelle lésion cérébrale, les lésions corticales en foyer, même les plus minimes, étant en effet beaucoup plus étendues en surface et en profondeur que l'inspection seule de la corticalité peut le faire présumer. En sorte que l'on peut dire avec vérité que la localisation du langage articulé n'est pas histologiquement démontrée. C'est pour combler cette lacune que le professeur publie deux observations

montrant clairement que l'aphasie motrice dite corticale ou de Broca peut être produite par une lésion limitée à la partie antérieure de la zone du langage, c'est-à-dire à la zone de Broca, sans participation aucune à la lésion primitive de l'opercule rolandique, des circonvolutions motrices, de la zone de Wernicke, des noyaux gris centraux. Mais c'est aussi pour réfuter avec de convaincants arguments l'opinion récente de P. Marie d'après laquelle F^3 ne jouerait aucun rôle dans la fonction du langage anticulé, l'aphasie motrice n'étant pour lui qu'une aphasie sensorielle accompagnée d'anarthrie. F. TISSOT.

LXII. — **Etude clinique et anatomo-pathologique d'un cas de sclérose en plaques**; par RAYMOND et GUÉVARA-RAJAS. (*L'Encéphale*, 1907, nº 3.)

Cas de sclérose en plaques bien établi par les phénomènes cliniques et les constatations anatomiques et comportant quelques particularités intéressantes : début sans cause occasionnelle par paraplégie insidieuse, précocité et intensité des troubles sphinctériens œdème trophique des membres inférieurs, lymphocytose abondante, existence de lésions diffuses à côté des plaques de sclérose, dégénérescence myélinique et cylindraxile très prononcée coïncidant avec une sclérose peu avancée, altérations destructives des éléments nerveux, périvascularite évidente. Pour expliquer la présence de lésions diffuses à côté des plaques scléreuses, il faut peut être admettre l'association d'une sclérose en plaques primitive avec des lésions de myélite secondaire. F. TISSOT.

BIBLIOGRAPHIE

VIII. — *La physionomie humaine. Son mécanisme et son rôle social*; par le Dr WAYNBAUM. (1 vol. 300 p. F. Alcan, éditeur.)

Le but de l'auteur est double ; d'abord montrer pourquoi la physionomie présente toutes ses manifestations émotives ; ces mouvements sont devenus,grâce à leur symbolisme, des agents dynamiques considérables, non seulement pour l'individu, mais aussi pour la société, au milieu de laquelle vit celui-ci.

«Le vieux dicton populaire, présentant la face comme l'envers du cerveau ou l'expression de l'âme, est, dit l'auteur, tout à fait exact.

Pour avoir une idée schématique de la manière dont sont enchaînés le cerveau et la face au point de vue de la circulation, il faut se figurer deux arbres sortant du même tronc ; imaginons-nous que

quelques branches terminales de ces deux arbres se réunissent de nouveau.

La circulation intra-crânienne peut être représentée par un arbre interne, l'extra-crânienne par un arbre externe. L'arbre interne est rigide, mais l'arbre externe est souple, élastique.

Différents muscles peuvent le contracter, le presser, soit à la base soit aux extrémités.

Pendant qu'il est ainsi pressé, la sève coule, avec une plus grande abondance, dans l'arbre interne, et c'est le cerveau, naturellement, qui a la faculté d'ordonner ces contractions et pressions. Tel pourrait être le résumé schématique et représentatif de la théorie vasculaire ou sanguine de la physionomie ».

Cet extrait des conclusions de l'auteur donne une idée assez exacte du style général de l'ouvrage.

Quoi qu'il en soit, l'auteur insiste longuement sur le pouvoir visuel de la physionomie, comme cause génératrice des grimaces.

En parlant des aveugles, il montre qu'étant bien animés, ils font naturellement des grimaces, presque comme les voyants ; mais arrivés à un certain âge, ils sont tout de même moins ridés que les hommes ordinaires, parce que, n'ayant pas leurs yeux à protéger, la physionomie, chez eux, est plus immobile. D'ailleurs, dit l'auteur, on ne remarque pas assez que beaucoup de grimaces sont faites pour garantir les yeux.

Dans la première partie de son ouvrage, le Dr Waynbaum s'est attaché à prouver par quelles causes organiques constitutionnelles le langage émotif fut formé dans l'espèce humaine.

Une fois cette démonstration faite, il a fait ressortir l'immense rôle que joue, soit dans la vie sociale de l'homme, soit dans sa vie individuelle, le sentiment, avec ses différentes manifestations, qui ont presque toujours pour siège la physionomie.

Une fois devenue, dit l'auteur, grâce à notre constitution anatomique, le centre des manifestations affectives, la physionomie acquiert ainsi une valeur sociale énorme, parce que tout ce qui se rapporte au sentiment se trouve incarné en elle, et comme en dehors de ses sentiments,rien ne nous intéresse dans l'homme, nous pouvons aussi dire que dans tout l'homme, nous ne connaissons et ne nous occupons que de sa physionomie.

En résumé, l'auteur fait reposer le principe fondamental de la physionomie dans une théorie vasculaire ou sanguine.

« Tout phénomène psychique possède sa base anatomique et pour que la physionomie humaine fût devenue cet organe psychique si actif, dans toute l'espèce humaine, avec des manifestations absolument identiques et universellement pareilles, il fallait une raison capitale, majeure, pour lui faire jouer ce rôle : cette raison ne peut être autre que celle indiquée par l'auteur. La physionomie seule était apte à manier le sang, dont dépend naturellement la psychicité cérébrale elle-même. »

De l'ensemble de l'ouvrage, intéressant sans aucun doute et riche en idées, il résulte que la physionomie humaine, par sa structure et par sa situation topographique, devient un organe actif, important pour les manifestations affectives, cérébrales.

L'extension de la vie individuelle de l'homme, dans son atmosphère sociale, contribua à intensifier, dans de fortes proportions, l'énergie de cet organe. La dynamisme de la physionomie humaine est donc ainsi devenu double : individuel et social. E. BLIN.

IX. — *L'amnésie au point de vue séméiologique et médico-légal* ; par DROMARD et LEVASSORT. (1 vol. 200 p. Couronné par l'Académie de Médecine. F. Alcan, éditeur.

On sait qu'il n'y a pas une mémoire mais des mémoires et quand on se borne à énoncer le mot » mémoire », il doit être sous-entendu que ce n'est là qu'un terme générique servant à désigner tout un ensemble d'opérations amnésiques, souvent assez dissemblables, d'ailleurs.

En l'absence d'une classification bien établie, que les auteurs estiment prématurée, en l'état actuel de nos connaissances, on peut, en utilisant la pathogénie comme indexclassificateur, séparer les amnésies fonctionnelles ou dynamiques des amnésies organiques ou destructives.

I. — Le caractère fondamental des amnésies fonctionnelles est d'être essentiellement paroxystiques ; elles débutent avec la soudaineté d'un accès et disparaissent généralement de même.

Les auteurs divisent les amnésies fonctionnelles en : 1° amnésies de commotion, avec les subdivisions d'amnésie rétrograde et d'amnésie antérétrograde ; — 2° amnésies d'intoxication; — 3° amnésies dans les névroses. Le rapport qui existe entre le mal comitial et l'amnésie est tellement étroit et de notion si courante que, dès qu'une éclipse totale de la mémoire est signalée, l'esprit évoque immédiatement l'idée de l'épilepsie et de ses grands caractères essentiel ; l'inconscience et l'amnésie corrélative.

Cet amnésie, en quelque sorte obligatoire pour tout acte compris dans un paroxysme comitial, est, d'ailleurs, l'objet de controverses ainsi que le prouvent les thèses de Hennocq, de Ducosté, et de Maxwell.

Les hystériques perdent aussi le souvenir de leurs attaques convulsives d'une façon moins radicale que les épileptiques, mais complète néanmoins, en ce qui concerne le laps de temps qui s'étend à partir de la perte de connaissance. Par contre, ils se souviennent bien des prodrômes et de la facon dont ils sont tombés, au lieu que chez l'épileptique, le souvenir de l'aura et du cri initial ne laisse une trace dans la mémoire que dans un petit nombre de cas.

4° Amnésie dans les vésanies. Cette partie de la question est plus intéressante au point de vue psychologique qu'au point de vue séméiologique et médico-légal, car, en présence d'une vésanie, le

clinicien a d'autres éléments que l'amnésie pour conclure à un diagnostic nosographique ou à une irresponsabilité judiciaire.

II. — La part la plus importante, dans le groupe des amnésies organiques, revient à la paralysie générale et à la démence sénile.

Les auteurs étudient l'amnésie dans les lésions organiques circonscrites et dans les lésions organiques disséminées.

Aux fonctions amnésiques, il faut rattacher les illusions du souvenir; les paramnésies de certitude peuvent se présenter sous deux formes ; ou bien le sujet n'est pas sûr d'un fait qui s'est réellement produit (folie du doute); ou bien, au contraire, il est certain d'un fait qui n'a pas eu lieu réellement (illusion de fausse reconnaissance).

Illustré, en quelque sorte, d'observations personnelles, le livre de MM. Dromard et Levassort est des plus intéressants.

Il se termine par un chapitre, non le moins important, sur la médecine légale des amnésies.

La médecine légale des amnésies est, à coup sûr, un des chapitres les plus délicats de la psychiâtrie. Fréquents sont, en effet, les cas où la perte du souvenir, alléguée par un inculpé, sert de base à une discussion qu'il n'est pas toujours facile de trancher par une réponse ferme. Au point de vue médico-légal, l'amnésie n'est pas seulement à examiner chez l'inculpé, mais encore chez le témoin.

Quoi qu'il en soit, les amnésies paroxystiques forment le groupe principal au point de vue médico-légal : ce groupe comprend, en effet, la plupart des cas se rattachant à l'épilepsie, à l'hystérie, à l'alcoolisme et au traumatisme.

Puis, après les amnésies paroxystiques, viennent les dysmnésies progressives parmi lesquelles la paralysie générale tient la plus grande place.

A l'étude de l'amnésie se rattache celle de la simulation de l'amnésie et, à tout instant, l'expert est aux prises avec de grandes difficultés afférentes à ce sujet.

MM. Dromard et Levassort apportent à l'étude de ce point spécial le même soin qu'à celle de tout l'ouvrage, lequel constitue une remarquable contribution à la pathologie de la mémoire.

E. Blin.

X. — *Psychologie morbide*. (Des vésanies religieuses ; erreurs, croyances fixes, hallucinations et suggestions collectives) ; par le Dr E. Dupouy, de Saint-Cloud ; 1 vol. de 232 p. ; Libr. des sciences psychiques, Paris 1907.)

Le but de cette intéressante étude est, dit l'auteur dans la préface, de rattacher les superstitions, les idées fausses, les croyances fixes collectives des peuples, à la psychologie morbide, et de les envisager dans leurs rapports avec les vésanies, sous l'influence de la contagion, des suggestions et de l'automatisme. A la psychologie morbide se rattachent, dans l'antiquité, les superstitions jusqu'au moyen âge. Après les premiers mages, disciples

de Zoroastre, qui fixèrent l'astronomie, et les mages chaldéens, la magie irradia en Judée, Grèce, Egypte, Italie, Gaule. A Rome, les prêtres incitaient le peuple à la crainte, qui pousse au culte : *Primus in orbe deos fecit timor.* Comme Sergi et Maxwell, le Dr Dupouy donne comme origine à la religion, la peur ; mais nous avons vu, dans un ouvrage récent, Grasset refuser d'admettre cette grande vérité. Les médecins de l'antiquité eurent aussi recours à la magie ; de même, les premiers docteurs de l'église mêlèrent aux dogmes la doctrine des démons. En Gaule, les druides furent des sorciers et Saint-Augustin admit la présence des génies malfaisants autour des dolmen. Les erreurs collectives des peuples ont été entretenues par suggestion, par une contagion psychique, qui s'accentua encore au moyen âge. L'auteur examine ensuite les causes des hallucinations et suggestions collectives ; les premières peuvent être physiologiques et compatibles avec la raison (Socrate, Pascal, Napoléon) ; on doit les admettre, malgré Condillac, comme des idées conçues et conservées dans l'esprit ; chez les sorciers se rencontraient les hallucinations télépathiques, qui donnent les pressentiments, les rêves lucides.... Ces phénomènes ont des rapports étroits avec les névroses, surtout l'hystérie. Les suggestions peuvent être déterminées dans les collectivités, comme chez les individus ; le moyen âge en offre des exemples (démonomanie).

La débilité mentale du moyen âge a sa cause dans les calamités qui fondirent sur la Gaule à partir du Xe siècle (peste, guerres, famine). La corruption des mœurs, surtout dans le clergé, aggravait encore la prédisposition aux contagions mentales, quand éclatèrent les épidémies de démonolâtrie et les folies religieuses. Du VIIIe au XVe siècle, les caractères de la folie religieuse furent : la dépression dans la sorcellerie ; l'expansion dans la théomanie ; le caractère convulsif dans la démonopathie. Elle conduisait au bûcher comme étant une *possession* ; (de nos jours, cette opinion que la folie a son origine dans le pêché, est encore représentée par Heinroth). L'imagination passive, que Voltaire considère comme commune aux hommes et aux animaux, joua un grand rôle dans l'influence des sorciers sur leurs adeptes.

Les cas de sorcellerie furent d'abord isolés, puis ils prirent l'allure épidémique ; l'inquisition les traita par les bûchers. Le pape Innocent VIII reconnut l'existence des démons incubes et succubes dans une lettre apostolique ; des religieuses, comme Gertrude, citée par Jean Wier, couchaient avec Satan et lui écrivaient des lettres enflammées. En 1485, 41 femmes furent brûlées en Allemagne, pour démonolatrie et anthropophagie ; elles avouèrent les pratiques du sabbat. Il en fut de même, dans des proportions beaucoup plus fortes en France : en 1574, on brûlait ainsi 400 paysans en Languedoc et 900 à Avignon. Calmeil fait

remarquer que ces épidémies se produisaient après de longues souffrances morales ou physiques. Le Dr Dupouy rapporte toute une série d'épidémies de ce genre, jusqu'en 1670, ainsi que l'histoire de la lycanthropie, qui conduisait les malades à des crimes réels. Dans une autre forme de folie religieuse, l'hystéro-démonopathie, on notait une série de troubles sensitifs et moteurs particuliers à l'hystérie : son caractère était le rapport direct entre les idées mystiques et érotiques ; elle s'observait dans les couvents, où les religieuses couraient la campagne, montaient aux arbres, contagionnaient tout autour d'elles. Mais à Cologne (1554), J. Wier, qui les examina, reconnut qu'elles étaient possédées seulement du démon de la lubricité ! La théomanie fut une autre forme de folie religieuse, où l'on observait des attaques convulsives, des anesthésies ; de même, la théochoréomanie, en Allemagne. Les convulsionnaires de Saint-Médard, à Paris en 1727, présentaient de l'anesthésie et de la xénoglossie (faculté de parler dans une langue étrangère). Après la relation de quelques cas isolés et de contagion des exorcistes, l'auteur parle de l'inquisition : Elle usa des bûchers contre les démoniaques, et il existe une lettre du pape Grégoire IX, remplie d'inepties, aux évêques, pour décrire l'investiture des sorciers. Les pourvoyeurs des bûchers furent des juges, des procureurs (comme P. de Lancre et J. Bodin, qui, après des ouvrages de grande valeur, comme ses *Constitutions* écrivait *la Démonomanie*, qui fixa la jurisprudence en fait de crimes de sorcellerie). Selon l'auteur, de Lancre et Bodin étaient des aliénés, dans le sens métaphysique de Platon.

Des médecins furent aussi des pourvoyeurs de bûchers : Savonarole, Paracelse, Van Helmont, Fernel, A. Paré. Mais Jean Wier, qui croyait aux sorciers, plaide la maladie, ainsi que Th. Willis, Bayle : d'autres nièrent la magie et luttèrent contre l'église : Alciat, Zacchias, Gassendi. D'autre part, Calmeil a rapporté plusieurs faits, mal interprétés au XVIe siècle, et qu'il place dans le domaine de la force psychique de W. Crookes (apparition de spectres de parents morts ; xénoglossie, ou don des langues ; phénomènes de lévitation). Les rapports entre l'hystérie et la médiumnité paraissent aujourd'hui accessibles ; et le Dr Dupouy parle de Jeanne D'Arc, qui n'est pas une vésanique, comme le veut l'école de Charenton (Calmeil), mais dont les hallucinations n'étaient pas pathologiques ; elles étaient des perceptions déterminées par l'extériorisation de sa pensée et qui arrivaient à son entendement par ses sens.

Les conclusions de l'ouvrage sont que les croyances religieuses reposent sur le merveilleux et le fanatisme sacerdotal, et sont perpétuées par la contagion et les suggestions, par l'influence prépondérante de l'inconscient, surtout dans les couvents de nonnes ; la vie médullaire est prépondérante. Certaines croyances

s'implantent de nos jours de la même façon ; les collectivités ont une mentalité spéciale, faite de suggestibilité, d'automatisme, comme les sujets hypnotisés. Entre cet état d'hypnose et le moment où le cerveau reprend ses fonctions, il y a la période des rêves incohérents, qui peut se prolonger avec des suggestions post-hypnotiques, des impulsions. Devant la puissance de l'inconscient dans certains cas, on peut se demander, dit Dupouy, si ce n'est pas une erreur de la philosophie, de nous attribuer une raison indépendante, des idées acquises par nos seuls efforts ; n'aurions-nous pas, pour tout patrimoine psychique, les idées, les jugements de nos ancêtres, de notre race, de la collectivité ? E. COULONJOU.

XI. — *La Responsabilité*, étude psycho-physiologique, par A. MAIRET, 1 vol. 133 pag. Masson, 1907.

L'homme normal est responsable; non parce qu'il porte en lui une puissance nommée libre-arbitre, mais la fonction responsabilité résulte de l'action d'éléments multiples, intellectuels et sentants. L'auteur découvre ces éléments dans: l'étude psychique des prévenus soumis à l'expertise, et celle des impulsifs. Ils peuvent se grouper ainsi: 1° conscience de la valeur morale de l'acte ; 2° intelligence ; 3° peur de la punition ; 4° sensibilité morale; 5° détermination et vouloir. Et les moyens dont se sert l'homme normal pour lutter et sur lesquels repose sa responsabilité sont les mêmes que ceux dont se sert l'impulsif. — Envisagés au point de vue physiologique, les éléments constitutifs de la responsabilité apparaissent comme formant un tout, une fonction, ayant pour base la conscience de la valeur morale de l'acte auquel entraine le mobile et dont l'exercice aboutit à une volonté. Donc, la responsabilité met en activité des éléments divers ; il s'établit une lutte entre les moyens que déploie le mobile et ceux que déploie la responsabilité pour résister. D'où la nécessité, pour préciser son étude, de comparer les moyens déployés par les mobiles à ceux que déploie la responsabilité.

1° Les mobiles : ceux-ci, très nombreux, sont étudiés d'après l'un d'entre eux, très puissant, la colère. L'auteur rappelle la manière de voir de James et Lange sur le mécanisme des émotions, résultats de tous les phénomènes organiques qui les accompagnent et que l'on croyait être des effets. La colère est un état psychique où domine l'exaltation du tonus vital et qui s'accompagne d'effets physiologiques parmi lesquels des forces actives, avec poussée en avant, jouent le principal rôle.

2° Les éléments de la responsabilité sont étudiés ensuite dans leurs rapports avec le mobile colère, dans l'ordre ci-dessus, et l'auteur établit les relations étroites entre la conscience morale et ces éléments : A). La conscience de la valeur morale de l'acte repose sur un double fond, intellectuel et sentant (sensibilité

physique transformée et sensibilité morale). B). Par cette seule conscience de la valeur morale d'un acte, se mettent automatiquement en activité trois des éléments constitutifs de la responsabilité : l'intelligence, la sensibilité morale et la peur de la punition. C). Enfin, ces trois éléments sollicitent la détermination et le vouloir.

L'auteur examine alors le mode d'action de ceux de ces éléments qui font corps avec la conscience morale : intelligence ; peur de la punition ; sensibilité morale ; sentiments tendres (affection, bonté, pitié) ; ils agissent tous à l'inverse de l'état psychique et des forces dégagées par les mobiles. Donc, le mode d'action des éléments intellectuels et sentants de la responsabilité par rapport à celui des mobiles se résume en ceci : l'intelligence éclaire sur les conséquences de l'acte, et tandis que les forces dégagées par le mobile sont des forces actives, celles de la sensibilité sont des forces d'arrêt ou répulsives. Ces données, présentées sous forme de tableau, permettent de concevoir la responsabilité comme la capacité de lutter contre le mobile et d'opposer à ses moyens d'attaque des moyens de défense contraires. Il y a lutte et la réactivité sensitive est en rapport avec la gravité de l'acte à commettre et la force du mobile : on en trouve la preuve chez les impulsifs. Mais ces moyens seraient insuffisants, et l'homme ne reste libre que s'il peut opposer une *volonté* à celle que détermine le mobile, volonté qui résulte de l'influence d'éléments multiples, et qui est aidée par l'idée sentiment du devoir. La responsabilité apparaît donc comme constituant une *fonction* aboutissant à une volonté :

Il s'agit maintenant de démontrer que l'homme peut exercer cette fonction, qu'il est responsable. Le fatalisme le nie ; mais notre état social et nos lois sont basés sur le libre arbitre. Le déterminisme enseigne notre irresponsabilité, parce que nos volontés ne sont que le résultat du travail de nos cellules cérébrales, dont l'action est déterminée. Pour démontrer que l'homme est responsable, c'est-à-dire qu'il possède les moyens pour lutter contre ceux employés par les mobiles et pour arriver à une volonté bridant celle née de ceux-ci, M. Mairet en revient à l'étude des impulsions. Il se pose la question de savoir si l'impulsif pur avec lutte peut résister à son impulsion : Les faits disent : oui (observations d'Esquirol, in *Monomanie homicide*, de Magnan, et personnelles). Mais ceci n'est vrai que si l'impulsif n'est pas un *arrêté* dans son développement, et s'il peut remplir son devoir *à temps*. Donc, dit l'auteur, puisque l'impulsif peut résister à son impulsion, l'homme normal le peut de même, et ainsi se trouve résolue par l'affirmative la question de savoir si l'homme est responsable. On nous permettra cependant de faire remarquer que cet essai de démonstration clinique, comme l'appelle Mairet, ne réfute nullement le déterminisme : en effet, l'au-

teur reconnaît lui-même que seul, l'impulsif avec lutte est comparable à l'homme normal ; il admet donc que les autres impulsifs sont *déterminés* par leur organisation cérébrale à obéir aux mobiles. Or, qu'est-ce que l'impulsif avec lutte, sinon un *demi-normal*, constamment placé dans cette alternative de céder aux mobiles comme un dégénéré, ou de suivre les ordres de ce qu'on nomme la raison ? Ces ordres, que dicte la raison, comment prouver qu'ils ne sont pas eux-mêmes des impulsions, dans le sens rationnel du mot ? Sans doute ils semblent résulter d'un acquiescement à un ensemble de règles morales qui constituent *le bien* ; mais comment savoir si ce sont pas aussi des idées innées, déterminées ? Ces idées *normales* seraient déterminées par une organisation normale, comme les impulsions au mal le sont par une organisation déviée ou incomplète. Alors l'impulsif avec lutte, selon le déterminisme, serait simplement un être assez organisé pour connaître les impulsions rationnelles, mais pas assez pour ne pas connaître les autres ; ce serait un demi-normal, tantôt déterminé à résister à celles-ci, tantôt à leur obéir. Nous ne voyons dans les faits que cite Mairet, de résistances aux impulsions mauvaises, aucune argumentation nouvelle contre le déterminisme. Le libre-arbitre ne saurait être établi qu'anatomiquement, par la preuve que l'homme peut gouverner ses centres moteurs par ses centres intellectuels et surtout par la preuve que ces derniers sont normalement autonomes, produisent la pensée indépendamment de la constitution des autres centres. Cette démonstration ne paraît pas possible, tant que nous ne pourrons pas imaginer une fonction indépendante d'un organe.

Les conséquences médico-légales de cette étude sont que l'étude de la responsabilité appartient bien au physiologiste, au médecin, et que ses altérations relèvent de la pathologie : ou bien, la fonction responsabilité n'entre pas en activité (idiots, vésaniques, déments) ou bien ses éléments sont altérés (arrêts de développement). Les effets de ces altérations ont trait : 1° à l'état de la responsabilité, irresponsabilité dans le premier cas, atténuation à divers degrés dans les autres; 2° à la notion de la sensibilité morale, dont les modifications doivent entrer en ligne pour apprécier la responsabilité.

Les conséquences philosophiques sont relatives : à la question de l'innéité du bien et du mal, et à celle de l'éducation. L'auteur conclut que le bien et le mal ne sont pas innés, mais seulement les aptitudes ; si le bien et le mal étaient innés, on ne verrait pas des peuplades, comme les Polynésiens, s'enorgueillir d'avoir tué ou mangé beaucoup d'hommes ; les règles morales seraient les mêmes sur la terre. Mais, M. Mairet est-il bien sûr que les peuples dits civilisés aient une morale bien différente des Polynésiens ne font-ils pas la guerre ? Au point de vue de l'éducation, la

conséquence est que le bien et le mal, étant ce que l'intelligence montre à la sensibilité morale être tel, l'éducation devra aussi s'adresser à cette sensibilité. E. Coulonjou.

XII. — *Rapport médical de l'asile d'aliénés de Rennes*, pour l'année 1906, par le Dr Sizaret. Oberthur, imprimeur à Rennes.

Population totale au 1er janvier 1906, 1010 (H. 417 : F : 593). — Entrées, 219, dont 25 cas de folie toxique et 11 cas d'imbécillité et d'idiotie. — Sorties : 167, dont 68 par guérison, 84 par amélioration. Décès : 87, dont 12 par tuberculose. — Population au 31 décembre 1906, 975. 33 fois l'alcoolisme est invoqué comme cause déterminante. « Nous avons continué à appliquer la méthode des *sorties et congés d'essai*. Cette méthode, précédemment suivie, est demeurée féconde en heureux résultats » dit M. Sizaret.

Nous avons à noter encore neuf cas de *fièvre typhoïde*, dit M. Sizaret. Parmi les causes possibles, il faut incriminer l'eau. Nos bains, nos lavabos, très insuffisants, ne sont desservis que par l'eau de rivière. La cuisine est alimentée par l'eau de source excellente de la ville. En théorie, nos malades ne devraient pas en consommer d'autre, mais en pratique, il est impossible, malgré la surveillance, d'empêcher les aliénés de boire de l'eau du bain ou de l'eau destinée aux lavages. Enfin, le nivellement et le pavage des cours étant très défectueux, surtout chez nos indigents, souvent des flaques d'eau sale s'amassent ; la surveillance la plus assidue n'empêche pas toujours les aliénés de boire à ces sources répugnantes.

« J'ai, à force d'instances, réussi, dans la plupart des quartiers, à obtenir du personnel de surveillance comme des malades spécialement exhortés à cet effet, de mettre tout leur soin à laisser créer ou rétablir et entretenir en bon état les modestes pelouses et parterres qu'on a pu installer dans les préaux ».

Le rapport se termine par la reproduction d'un travail de M. le Dr Sizaret à la *Société scientifique et médicale de l'Ouest*, intitulé : *Consommation de l'alcool et nombre d'aliénés dans le département d'Ille-et-Vilaine.* B.

Suicide d'enfant. — A Dunkerque, un enfant de 10 ans, Maurice Roger, s'est noyé de désespoir. Il avait perdu sa mère, il y a quelques mois, et, depuis, il avait, à plusieurs reprises, déclaré qu'il se suiciderait.

Hospice de Bicêtre. — A dater du 26 décembre dernier, le docteur Jacques Roubinovitch, médecin adjoint de la Salpêtrière passe en qualité de médecin en chef à l'hospice de Bicêtre, en remplacement du docteur Charles Féré, décédé.

VARIA

Pour mettre fin a ses souffrances un épileptique se noie a Bordeaux.

On a retiré, aujourd'hui (25 décembre) de la Garonne, près de la passerelle du Midi, le corps d'un homme paraissant âgé d'une trentaine d'années ; dans ses poches on trouva un billet déclarant qu'il se nommait Edmond Tougne, qu'il était atteint d'épilepsie et qu'il priait ceux qui le trouveraient de le ramener à ses parents 23, rue du Moulin-d'Ars, à Bègles. De l'enquête qui a été faite, il résulte que ce malheureux avait échappé à la surveillance de sa famille et qu'on se trouve vraisemblablement en présence d'un suicide. (*Petit Parisien*, 26 décembre).

Concours d'adjuvat des asiles publics d'aliénés

Le président du conseil, ministre de l'intérieur, vu le décret du 1er août 1906, instituant un concours annuel pour le recrutement des médecins adjoints des asiles publics d'aliénés, et visant en ses articles 3 et 5, la constitution et la composition du jury de ces épreuves ; vu l'arrêté ministériel du 6 novembre 1907, fixant au lundi 3 février 1908, la date du concours de l'année 1908, et spécifiant que les candidatures seront reçues au ministère de l'intérieur, du 10 décembre 1907 au 6 janvier 1908, inclus; vu l'avis du comité des inspecteurs généraux des services administratifs du ministère de l'intérieur en date du 26 novembre 1907, arrête :

Art. 1er. — Sont nommés membres du jury du concours du 3 février 1908, pour l'emploi de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés, savoir : *Président*. — M. le docteur Drouineau, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur. *Membres titulaires*. MM. le docteur Mairet, professeur doyen de la faculté de médecine de Montpellier (Hérault). Gilbert Ballet, professeur à la faculté de médecine de Paris, Régis, professeur adjoint à la faculté de médecine de Bordeaux (Gironde). Ramadier directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher). Sérieux, médecin en chef à l'asile public d'aliénés de Ville-Evrard (Seine-et-Oise). Charon, directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Dury-lès-Amiens (Somme). *Membres suppléant*. M. le docteur Viallon, médecin en chef à l'asile public d'aliénés de Bron (Rhône). — Art. 2. — M. Valette, sous-chef du 1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur, est nommé secrétaire du jury, sans voix consultative ni délibérative. Il lui est adjoint M. Lopin, attaché au ministère de l'intérieur. Art. 3 — Le directeur de

l'assistance et de l'hygiène publique est chargé de l'exécution du présent arrêté. Fait à Paris, le 6 décembre 1907.

G. Clémenceau.

Concours annuel de l'internat en médecine des asiles de la Seine.

Une conférence gratuite, faite par des internes des Asiles de la Seine, commencera dans les premiers jours de janvier à l'Asile Sainte-Anne, à Paris. Peuvent prendre part au concours, tous les étudiants en médecine ayant 16 inscriptions prises dans une Faculté de l'Etat. Les docteurs en médecine sont admis également. Une seule condition est imposée, c'est de ne pas dépasser l'âge de 30 ans. Le concours a lieu chaque année dans les derniers jours de mars pour finir dans le courant d'avril. Il a lieu à la Préfecture de la Seine. Les épreuves sont écrites et orales.

Les internes titulaires et provisoires, nommés, choisissent à la Préfecture de la Seine, suivant leur rang de classement et sont répartis en mai de chaque année dans les différents services des Asiles de la Seine.

L'internat est de quatre années. Une cinquième année est accordée aux internes docteurs ayant subi avec succès le concours annuel de médecin adjoint des Asiles d'aliénés. Les internes peuvent passer leur thèse pendant leur internat.

Nos lecteurs trouveront des renseignements très détaillés sur les concours, dans le Numéro des Etudiants de nov. 1907, notamment les questions données à l'écrit et à l'oral depuis une dizaine d'années. Nous ne saurions trop encourager les étudiants à suivre des conférences, excellent exercice pour réussir.

Enfants anormaux : inspection médicale des Ecoles de Bordeaux

Par arrêté de M. le Préfet de la Gironde en date du 17 août 1907, sanctionnant l'arrêté municipal du 26 juillet 1907, M. le Dr E. Régis professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine, est nommé médecin-inspecteur spécial des écoles primaires de la ville de Bordeaux. A ce titre, M. le Professeur Régis est chargé de l'inspection médicale des enfants des écoles pour tout ce qui concerne les affections du système nerveux et en particulier, de l'inspection médicale des classes et écoles d'enfants anormaux.

Le Dr Régis a demandé à l'administration municipale de lui adjoindre pour cette tâche, deux suppléants : M. le Dr Jacquin ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Lyon, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Bordeaux et M. le Dr Abadie, professeur agrégé à la Faculté de méde-

cine des hôpitaux, deux de ses principaux collaborateurs dans l'œuvre bordelaise d'études sur les enfants anormaux.

Ajoutons que la municipalité de Bordeaux vient de nommer en même temps, dans chacune des branches importantes de la médecine et de la chirurgie infantile, un médecin-inspecteur spécial des Ecoles : *Oto-Rhino-Laryngologie* : Prof. MOURE ; *Dermatologie* : Prof. W. DUBREUILH ; *Oculistique* : Prof. agrégé CABANNES ; *Odontologie* : Dr DUNOGIER ; *Chirurgie des enfants* : Prof. DENUCÉ ; *Orthopédie* : Dr GOURDON.

FAITS DIVERS

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. *Clinique des maladies du système nerveux.* — M. le Professeur RAYMOND reprendra ses leçons le mardi 7 janvier 1908 à 10 heures 1/4 et les continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure. Examen des malades externes le mercredi et le jeudi à 9 heures 1/2, visite dans les salles le samedi à 9 heures 1/2. — M. le docteur Henri CLAUDE, agrégé, continuera ses leçons de neuropathologie avec démonstrations anatomiques et cliniques, le mardi 7 janvier 1908 à 4 heures (amphithéâtre de la Clinique de la Salpêtrière). — Le Dr Jules VOISIN commencera ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, spécialement chez les enfants, le jeudi 9 janvier 1908, à 10 heures, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

HYSTÉRIE MACABRE. — La *Tribuna* raconte qu'à Baia Latina dans la province de Caserte, un certain Alessandro, très affecté par la mort de sa fiancée, alla au cimetière et, ayant déterré son corps, l'emporta dans sa maison. Le malheureux fit des injections de formaline au cadavre, le revêtit de ses habits de noces et se livra à des actes abominables. Surpris un jour par des voisins, Alessandro, devant leur colère, dut prendre la fuite et l'on croît qu'il est allé se jeter dans le lac Fusaro. Le parquet a fait procéder aux constatations médicales, puis il a fait inhumer de nouveau le cadavre de la morte. On a trouvé un carnet dans lequel Alessandro raconte sa macabre lune de miel. (*La Liberté* du 1er novembre).

DRAME DE LA FOLIE. — Un drame causé par la folie vient de se dérouler à Varennes-sur-Allier. Depuis quelque temps, Mme Vichy, femme du propriétaire du café du Champ-de-Mars, donnait des signes de dérangement d'esprit. Hier matin, alors que son mari dormait encore, elle s'approcha du lit qu'il occupait au premier étage de la maison et y mit le feu, après l'avoir préa-

lablement arrosé de pétrole. M. Vichy se réveilla aussitôt, mais déjà il était complètement entouré de flammes. Il sauta précipitamment à bas de son lit, mais, à ce moment, sa femme qui était demeurée dans sa chambre, tira trois coups de revolver sur lui, sans heureusement l'atteindre. Sans perdre son sang-froid, M. Vichy se précipite sur sa femme et réussit à lui enlever l'arme dont elle allait continuer à se servir contre lui. Au bruit des détonations, les voisins accoururent. A leur arrivée, Mme Vichy s'enfuit à l'étage supérieur et se précipita par une fenêtre dans la rue. Dans sa chute, elle se brisa une jambe. (*La Liberté* du 4 novembre).

Asile public d'aliénés d'Evreux. — *Place vacante d'interne.* — Traitement 900 fr., logement, nourriture, etc. Il faut au moins dix inscriptions non-périmées. S'adresser au directeur.

Nécrologie. — Nous avons le très vif regret d'apprendre la mort du Dr Goujon, sénateur de l'Ain. Né à Pont-de-Veyle (Ain), le 20 avril 1840, M. le Dr Goujon se distingua pendant l'épidémie cholérique de la Nièvre en 1866 et fit la campagne 1870-71 en qualité de médecin-major. Elu conseiller général de l'Ain en 1883, président de cette assemblée quinze années durant, il était entré au Sénat en 1885 et faisait partie du groupe de l'union républicaine. Médecin aliéniste réputé, le docteur Goujon dirigeait la maison de santé de la rue du Picpus dans le 12e arrondissement, dont il a été maire durant de longues années. Son fils, M. Pierre Goujon, avocat à la cour de Paris, conseiller général de l'Ain, a épousé la fille de M. Joseph Reinach député des Basses-Alpes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Belletrud et Mercier. — *Quelques réflexions sur le recrutement des infirmiers dans les asiles.*

Mercier (P.). — *Etude sur les variations de la pression artérielle dans les maladies nerveuses et particulièrement les psychoses.* Broch. de 88 pages. Rey, imprimeur à Lyon.

Lucien Lagriffe. — *Stigmates anatomiques de dégénérescence dans un groupe d'aliénés.*

Lœb (J.). — *La dynamique des phénomènes de la vie.* Préface de M. le Professeur A. Giard, in-8° de 404 pages. Félix Alcan, éditeur.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères et Thiron.

Vol. II. 3e Série. **Décembre 1907.** **N° 12**

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

Empoisonnement par les homards conservés en boîtes. Ataxie aiguë, polynévritique associée à de l'acronévrite. Troubles partiels de la sensibilité articulaire. Guérison.

Par le Prof. ALEXANDRE STCHERBAK (Varsovie).

OBSERVATION. — Le malade, âgé de 35 ans, célibataire, n'habitant pas Varsovie, pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Des excès éthyliques très forts depuis l'adolescence. Abus vénériens. Pas de syphilis. Il y a deux ans, le malade avait eu de l'insomnie, parfois il ne dormait pas cinq nuits de suite ; depuis cette date, il est devenu très nerveux, très irritable; de temps en temps, il éprouvait la sensation d'un serrement et d'une anxiété dans la région du cœur ; quelquefois il ressentait aux extrémités des sensations particulières désagréables, semblables à celles d'un liquide répandu sous la peau et « paraissant se déplacer dans différentes directions ».

Histoire de la maladie. — Il y a à peu près 12 jours, le malade a soupé chez lui en compagnie de ses amis et il a mangé du homard de conserve et en plus grande quantité que ses convives. Après le souper, il avait mal au cœur et les nausées l'empêchaient de dormir, mais, vers le matin, tout était passé, et, le lendemain, il se sentait tout à fait bien ; après le souper, quelques-uns de ses amis ressentirent aussi des nausées dans la soirée, mais ils ne sont pas tombés malades.

Le lendemain, le malade *a mangé au dîner en quantité assez grande des parties du homard,* qui étaient restées dans la boîte ouverte la veille. Les conserves paraissaient être bien fraîches et étaient assez agréables au goût ; les autres plats étaient très ordinaires et les domestiques, qui en ont mangé aussi, sont restés indemnes. Bientôt, une heure à une heure et demie environ après le dîner, le malade a ressenti des hoquets, des nausées et alors il fut pris de vomissements très fréquents et très tenaces : d'abord de

nature alimentaire puis bilieux et enfin mélangés d'une petite quantité de sang ; pendant les vomissements, le malade éprouvait des douleurs très vives (crampes) localisées au creux de l'estomac, mais dans les intervalles des vomissements, il n'y avait pas de douleurs. Immédiatement, on a fait appeler les médecins. Vers le soir, les vomissements cessèrent et le malade s'endormit pour 4 à 5 heures ; le sommeil était troublé souvent par des cauchemars, il y avait du délire aussi. Le jour suivant, les douleurs au bas-ventre ont apparu avec la diarrhée qui avait une couleur foncée presque noire, — si singulière — que le malade lui-même y a fait attention ; pendant la journée, à plusieurs reprises, le malade a vomi de nouveau. Vers le soir, la température s'est élevée jusqu'à 38° ; affaiblissement des forces, vertige ; pas de dyspnée, de cyanose, de douleurs ni de crampes dans les membres ; l'intelligence restait tout à fait lucide. Les médecins ont fait connaître aux proches du malade leurs craintes pour sa vie à cause de l'affaiblisssement cardiaque ; la nuit il a eu le délire. *Troisième jour de la maladie.* Température normale, pas de vomissements ; la diarrhée et les douleurs de ventre diminuèrent, mais la couleur des matières fécales était toujours très foncée, *presque noire. Quatrième jour.* Pas de vertige, de diarrhée ; température normale (elle n'est jamais descendue au-dessous de la normale); la couleur des matières fécales est devenue normale aussi, mais l'affaiblissement général était si prononcé que le malade dut garder le lit encore quelques jours, n'ayant pas assez de forces pour se lever. Les premiers jours, le malade éprouvait une sensation de sécheresse dans la bouche et dans le pharynx mais il n'y avait pas de troubles de la déglutition ni de la parole ; pas d'exanthème, pas de diplopie ni de troubles de la vision. Le traitement, d'après le récit du malade, consistait en huile de ricin, petits morceaux de glace, opium et excitants du cœur ; chose à noter : on ne lui a pas administré de préparations de bismuth.

Le quatrième jour après l'empoisonnement, lorsque les troubles gastro-intestinaux n'existaient plus, le malade a ressenti une sensation d'engourdissement dans l'extrémité inférieure gauche, surtout dans le pied gauche puis dans l'extrémité inférieure droite ; le malade a perdu la sensibilité de la langue et du palais. Le jour suivant, l'engourdissement et les fourmillements ont envahi aussi les extrémités supérieures ; la sensibilité de la langue et du palais s'est rétablie. Dès ce jour, le malade s'aperçut, que ses extrémités obéissaient mal à sa volonté et qu'il ne pouvait pas faire de mouvements réguliers et précis. 11-12 jours après l'empoisonnement, le malade est venu me consulter.

Le *premier* examen objectif (8 octobre 1903) a donné les résultats suivants : l'état général de la nutrition est bon ; pas de troubles gastro-intestinaux ; pas d'altérations des gencives ; l'examen

viscéral ne relève rien d'anormal, sauf que les bruits du cœur sont un peu étouffés. *Système nerveux.* La marche a le caractère ataxique très prononcé; les yeux fermés, le malade ne peut pas du tout marcher ; le signe de Romberg est aussi très net. Tous les mouvements des extrémités supérieures s'exécutent avec une ataxie évidente, l'ataxie des extrémités inférieures est un peu moins prononcée mais on la constate aussi très facilement dans les mouvements au niveau de toutes les articulations. Les pupilles sont normales. La force musculaire est partout conservée. *Sensibilité.* Des paresthésies très pénibles (engourdissement, fourmillements, brûlements) dans les mains et dans les pieds. Hypoesthésie sur les paumes de la main et sur la face palmaire de toutes les phalanges ; tandis qu'à la face dorsale de la main la sensibilité est intacte ; à gauche, l'hypoesthésie est plus prononcée qu'à droite. La sensibilité articulaire (le sens des mouvements passifs) est *nulle* dans la flexion (passive) des doigts et elle est *conservée dans l'extension* et dans les mouvements d'écartement et de rapprochement des doigts. Hypoesthésie vibratoire sur les extrémités inférieures en entier et sur le bassin. Abstraction faite des troubles signalés, la sensibilité est normale. Chose à noter : la perception stéréognostique est conservée et on ne trouve aucun trouble objectif de la sensibilité aux membres inférieurs, sauf l'hypoesthésie vibratoire mentionnée ; entre autres, la sensibilité articulaire au niveau des orteils est intacte. La sensibilité de la langue et du palais est normale. Les grands troncs nerveux et les plexus ne sont pas douloureux à la pression, mais les branches périphériques des nerfs des extrémités sont très sensibles à la pression ; les pressions profondes qu'on exerce dans les espaces interosseux de la face dorsale de la main et du pied avec un doigt ou avec un porte-plume provoquent chez le malade de vives douleurs et des paresthésies qui s'irradient dans les doigts. Les réflexes olécraniens et les réflexes des poignets sont conservés, ils sont un peu plus forts, du côté gauche, surtout le réflexe olécranien ; les réflexes rotuliens ont une moyenne intensité à égal degré des deux côtés. Les réflexes achilléens sont abolis. Les réflexes pharyngien et conjonctival, ainsi que les réflexes cutanés, sont normaux.

Pas de troubles de la miction ni de la défécation, les fonctions génitales sont normales. L'analyse de l'urine est négative. J'ai recommandé au malade de se rendre tout de suite dans une maison de santé, mais il ne put pas suivre ce conseil et il retourna chez lui. Ordonnance : le repos complet (alitement) et abstinence de l'alcool ; bains salés, iodure de potassium à l'intérieur. Après huit jours, j'ai reçu du malade une lettre dans laquelle il me dit que son état s'est aggravé : qu'il marche avec peine et qu'il écrit avec beaucoup de difficultés (en effet l'écriture du malade avait un caractère ataxique si prononcé que sa lettre était très difficile à lire), les

paresthésies des mains et des pieds, dit-il, sont devenues encore plus fortes et plus pénibles.

Le 22 octobre, il est venu me consulter de nouveau.

Le *deuxième examen* (22 octobre) a démontré le progrès évident de la maladie, l'ataxie des extrémités supérieures et inférieures, ainsi que le signe de Romberg, sont encore plus manifestes. Tous les réflexes profonds des extrémités supérieures sont abolis ; les réflexes rotuliens sont très faibles et difficiles à provoquer. La force musculaire reste très bien conservée partout, sans excepter les muscles de la main et du pied ; dans les muscles de la main, on trouve un peu d'asthénie (la fatigue se produit trop vite).

Sensibilité. — Membres inférieurs. La sensibilité musculo-articulaire des orteils est abolie complètement. Hypoesthésie des pieds ; (face plantaire et dorsale), hyperalgésie sur la face dorsale du pied, anesthésie vibratoire complète sur les extrémités inférieures en entier et sur le bassin ; douleur et engourdissement assez vifs dans les pieds ; les branches périphériques des nerfs sont très sensibles à la pression. Membres supérieurs. Anesthésie vibratoire des extrémités supérieures en entier ; hypoesthésie sur la face palmaire et dorsale de la main ; hypalgésie sur la face dorsale de la main ; hyperalgésie et dysesthésie aux bouts des doigts (le simple attouchement produit une douleur brûlante) ; douleurs fulgurantes dans les doigts, sensation de la sensibilité diminuée dans les mains et en même temps sensation de la peau « mise à nu ». Le sens stéréognostique est diminué : le malade éprouve de grandes difficultés à apprécier les différentes monnaies. La sensibilité articulaire au niveau des articulations des doigts est diminuée encore davantage, mais les troubles ont toujours *le caractère partiel* : la sensibilité articulaire est abolie complètement pour la flexion (dans l'articulation métacarpo-phalangienne et dans les articulations des phalanges) et pour le mouvement latéral vers le côté radial ; en même temps, la sensibilité est conservée pour le mouvement latéral vers le côté cubital et pour l'extension des doigts. Les troncs nerveux, comme auparavant, ne sont pas douloureux à la pression ; par contre, les nerfs de la main sont excessivement sensibles à la pression. Cette fois encore, le malade n'a pas eu la possibilité de rester à Varsovie malgré mes conseils très fermes ; il est parti.

Par ses lettres, j'appris que la maladie continuait à faire des progrès pendant 3-4 semaines encore ; les douleurs et les paresthésies dans les mains et surtout dans les pieds le tourmentèrent énormément, la marche devint plus difficile, les troubles de la perception stéréognostique s'augmentèrent aussi. Ce n'est que vers la fin du mois de novembre que le malade s'est aperçu d'une certaine amélioration et, chose curieuse, précisément à ce moment, il se décida à venir à Varsovie pour suivre un traitement systématique.

Le *troisième* examen objectif (22 nov.) a établi les changements

suivants dans l'état du malade par rapport aux examens précédents : l'ataxie, le signe de Romberg, les douleurs et les paresthésies persistent toujours, mais sont d'une intensité moins grande : la marche, le sens stéréognostique et la sensibilité vibratoire se sont améliorés ; au lieu d'anesthésie vibratoire envahissant les membres supérieurs, inférieurs et le bassin, on constatait alors l'hypoesthésie vibratoire, localisée aux parties périphériques des extrémités. En revanche, *les réflexes rotuliens ont disparu complètement* et la parésie des muscles des orteils est apparue : l'extension et l'écartement des orteils manquent tout à fait, la flexion est très faible. Les troubles objectifs de la sensibilité cutanée et articulaire ont conservé le même caractère et la même localisation : entre autres, le caractère partiel des troubles de la sensibilité articulaire au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes et intra-phalangiennes persiste toujours. Macroesthésie (1) et polyesthésie manquent, comme auparavant. Le malade est entré dans une maison de santé et y a été observé par le D[r] A. Naouman. Ordonnance : alitement, bains salés, galvanisation, massage; à l'intérieur nitrate de strychnine à 0,001 *pro dosi*, 0,003 *pro die*.

Main droite :

Mouvements	Le pouce	II	III	IV	V
Extension.........			dim.	dim.	
Flexion...........	dim.	ab.	ab.	ab.	ab.
Mouv. vers le côté rad.............	ab.	ab.	ab.	ab.	ab.
Mouv. vers le côté cubit...........			dim.		

Main gauche :

Mouvements	Le pouce	II	III	IV	V
Extension					
Flexion...........	ab.	dim.	dim.	dim.	ab.
Mouv. vers le côté rad.............	ab.		dim.		
Mouv. vers le côté cubit...........			dim.		

Dim. signifie diminution de la sensibilité articulaire ; ab. : abolition complète de ladite sensibilité ; les espaces libres : l'intégrit de ladite sensibilité.

Le *quatrième examen* (9 déc.) a donné les résultats suivants : la

(1) Un cas de polyesthésie et de macroesthésie, par A. STCHERBAK et I. IVANOF. *Arch. de médec. expér.*, 1895, n° 5.

marche s'est améliorée, le signe de Romberg est moins prononcé ; les troubles de la sensibilité cutanée et vibratoire sans changements (les mêmes résultats que dans les 2e et 3e examens). La sensibilité articulaire, au niveau des doigts, commence à se rétablir, surtout du côté gauche, mais le caractère partiel de ces troubles reste toujours, comme le montre le tableau suivant, représentant les altérations de la sensibilité articulaire dans les divers mouvements passifs des doigts de la main droite et de la main gauche.

Les nerfs de la main et du pied sont douloureux à la pression.

Après 8 jours, le *cinquième examen* (16 déc.) a montré une *amélioration* considérable : la motilité des orteils s'est améliorée ; le malade fléchit les orteils assez bien; l'extension, qui manquait auparavant, se fait maintenant ; l'écartement ne se fait qu'avec une grande difficulté. L'ataxie des extrémités supérieures ne se manifeste pas du tout ; l'écriture s'est améliorée considérablement ; l'ataxie des extrémités inférieures existe encore, mais à un degré moindre qu'auparavant. La marche conserve encore le caractère atactique mais elle s'est améliorée aussi. Pas d'atrophies musculaires. Les réflexes profonds des membres supérieurs et inférieurs font défaut. *Sensibilité.* L'hypoesthésie et l'hyperalgésie de la face dorsale de la main ont disparu. L'hypoesthésie de la face palmaire et l'hyperalgésie avec la dysesthésie aux bouts des doigts restent encore. La sensibilité musculo-articulaire au niveau des doigts s'est rétablie complètement. L'hypoesthésie des pieds reste; sur la face dorsale des pieds existe, outre l'hypoesthésie, l'hyperalgésie avec la dysesthésie. La sensibilité articulaire au niveau des orteils s'améliore. La sensibilité vibratoire aux parties périphériques des extrémités est un peu affaiblie. Les nerfs de la main et du pied ne sont plus douloureux à la pression ; les douleurs spontanées ont cessé, les paresthésies des mains et des pieds persistent.

Le *sixième examen* (23 déc.) a montré une amélioration ultérieure. Tous les mouvements des orteils se font bien ; on peut obtenir un faible réflexe rotulien et olécranien. L'ataxie des extrémités inférieures a presque disparu. L'écriture est normale. La sensibilité articulaire des orteils s'améliore manifestement, surtout du côté gauche.

Le *septième examen* (30 déc.) a donné presque les mêmes résultats que le sixième

La sensibilité articulaire des orteils du côté gauche est presque rétablie ; du côté droit, elle existe aussi presque dans tous les mouvements. Le signe de Romberg et le caractère ataxique de la marche peuvent à peine être constatés.

Le *huitième examen* (15 janv. 1904) démontre l'amélioration continuelle de la sensibilité : l'hypoesthésie et l'hyperalgésie de la face dorsale des pieds ont disparu ; il ne reste que l'hypoesthésie de la face plantaire des pieds ; la sensibilité articulaire des orteils conti-

nue toujours à s'améliorer, non seulement du côté gauche, mais aussi du côté droit. Quant aux mains, il ne reste que l'hypoesthésie de la face palmaire avec l'hyperalgésie peu marquée aux bouts des doigts. Les paresthésies des mains et des pieds incommodent encore le malade, mais leur intensité a beaucoup diminué.

Au *neuvième examen*(28 janv.)on a constaté le rétablissement presque complet de la sensibilité articulaire des orteils dans tous les mouvements ; les troubles de la sensibilité cutanée des mains ont disparu ; quant aux pieds,il ne reste que l'hypoesthésie cutanée peu prononcée de la face plantaire et l'hypoesthésie vibratoire. L'ataxie et le signe de Romberg ont disparu.L'état général du malade est tout à fait satisfaisant. Le malade a quitté l'hôpital et a repris ses occupations. Ordonnance : abstinence de l'alcool.

Le *dixième examen* (10 juil.) a eu lieu 6 mois après,lorsque le malade est venu me demander des renseignements au sujet du traitement d'été. D'après le récit du malade, de tous les symptômes il n'est resté que des paresthésies (engourdissement, brûlement) peu prononcées dans les doigts et dans les orteils. Dans l'examen objectif, on n'a constaté ni ataxie, ni troubles quelconques de la sensibilité cutanée et profonde. Les réflexes rotuliens et les réflexes profonds des extrémités supérieures sont assez faibles, mais on les obtient très facilement. Le réflexe achilléen, très faible, est apparu du côté gauche seulement ; il est absent du côté droit.

J'ai recommandé au malade les bains salés et les bains de boues minérales d'Odessa.

L'observation décrite qui, malheureusement, ne se distingue pas par sa plénitude et son exactitude cliniques, n'est pas néanmoins dépourvue d'intérêt. Quant à la maladie du système nerveux, son début, son évolution progressive et sa disparition graduelle -- toutes ces phases, dans leurs grands traits au moins — sont passées presque sous mes yeux. Le caractère général de la maladie comme d'un cas de *polynévrite* était évident après le premier examen du malade ; la marche ultérieure de la maladie, ayant bien confirmé ce diagnostic, a mis en même temps à jour quelques particularités intéressantes dont nous nous occuperons maintenant.

A une certaine période de la maladie, les symptômes névritiques, chez notre malade, étaient localisés presque exclusivement aux *mains* et aux *pieds* ; c'est ici qu'on constatait la sensibilité exagérée des nerfs à la pression, les douleurs et les paresthésies locales, les troubles objec-

tifs locaux de la sensibilité, de la motilité et en partie de la coordination des mouvements. La polynévrite, qui affecte principalement ou exclusivement les branches périphériques des nerfs des extrémités n'est pas, d'après mon expérience, fort rare dans les cas des intoxications et auto-intoxications diverses ; et depuis longtemps dans l'examen des mains et des pieds, j'apporte une attention particulière à la sensibilité à la pression des branches périphériques des nerfs, laquelle sensibilité peut être explorée bien simplement, en exerçant une pression profonde dans les espaces interosseux de la face dorsale de la main à l'aide d'un doigt ou d'un porte-plume ; il se produit alors de l'irradiation des douleurs et des paresthésies dans les doigts laquelle est très caractéristique pour l'inflammation des nerfs de la main et du pied, inflammation qu'on peut nommer l'*acronévrite* ; les grands troncs nerveux dans ces cas ne sont pas du tout douloureux à la pression, et tous les symptômes névritiques sont localisés ordinairement aux mains et aux pieds. En partie, ce syndrome acronévritique s'observe également dans notre cas, mais on ne peut évidemment pas admettre ici la forme pure d'acronévrite, parce qu'il existe, outre le syndrome nommé chez notre malade, plusieurs signes qui démontrent clairement la localisation beaucoup plus étendue du processus névritique. Ce sont les symptômes suivants : 1° l'ataxie se manifestant dans les mouvements au niveau de *toutes les* articulations des extrémités ; 2° l'abolition graduelle des réflexes profonds (rotulien, olécranien), avec lesquels les branches périphériques de la main et du pied n'ont aucun rapport ; 3° le développement graduel de l'anesthésie vibratoire, envahissant les membres inférieurs et supérieurs en entier ; 4° le signe de Romberg, qui a été constaté au moment où il n'y avait aucun trouble de la sensibilité ni de la mobilité dans les membres inférieurs.

Les symptômes que nous venons d'énumérer apparaissent dans notre cas comme un *complément clinique* de l'acronévrite et tous ces symptômes ont quelque chose de commun entre eux, tous indiquent notamment l'affection des fibres nerveuses provenant non de la peau mais des *parties profondes*, les os et les articulations y

compris. Ainsi il est possible d'admettre que,dans notre cas ce sont plutôt les branches profondes des nerfs qui sont prises par le processus névritique, et non les grands troncs mixtes. Et vraiment,excepté les mains et les pieds (l'acronévrite avec sa symptomatologie mixte), nous ne trouvons pas dans les autres régions des symptômes ordinaires de la névrite : les troncs nerveux et les plexus ne sont pas douloureux à la pression, il n'y a pas de douleurs ni de paresthésies,ni de troubles objectifs de la sensibilité cutanée, ni de parésie. Mais soit que la polynévrite affecte les grands troncs nerveux ou qu'elle n'affecte que les petites branches — toujours est-il que le caractère partiel des symptômes est très prononcé dans notre cas. Même les branches plus petites, les branches « profondes » des nerfs contiennent, comme on sait, les fibres centripètes et centrifuges d'une fonction physiologique très différente,tandis que les symptômes de la névrite généralisée chez notre malade indiquent l'affection de certaines fibres centripètes. Le caractère partiel des symptômes est encore plus fortement souligné dans l'acronévrite, notamment dans les troubles de la *sensibilité articulaire* (sens des mouvements passifs) ; on pouvait constater ici le phénomène particulier que je n'ai jamais rencontré jusqu'à présent et qui consiste en ce que, *pendant tout le cours de la maladie*, les troubles de la sensibilité articulaire *se manifestaient* exclusivement ou principalement *dans les mouvements passifs*, *bien déterminés* des doigts.

Vraiment, lors du *premier* examen, le malade ne percevait pas la flexion des doigts (dans l'articulation métacarpo-phalangienne et dans les articulations des phalanges), tandis qu'il percevait bien les autres mouvements des doigts ; après quinze jours (deuxième examen), au moment de l'aggravation de tous les symptômes, est venue se joindre à la perte de perception de flexion la même altération de la sensibilité articulaire par rapport à un mouvement latéral déterminé, c'est-à-dire au mouvement vers le côté radial, tandis que les autres mouvements des doigts étaient comparativement bien perçus par le malade. *Un mois* après (troisième examen), au moment où l'amélioration a commencé, le même carac-

tère *partiel* persistait toujours ; 8 jours après (4e examen) on a constaté aussi le même caractère ; enfin au *cinquième* examen, plus de 2 mois après, au moment de l'amélioration considérable de tous les symptômes névritiques, les troubles de la sensibilité articulaire ont disparu complètement.

On ne pourrait expliquer ce phénomène curieux de l'acronévrite dans notre cas, si on n'admettait pas l'affection des filets nerveux les plus minces innervant les territoires déterminés des articulations mêmes et des *parties profondes voisines*. Qu'il s'agisse des parties profondes, cela est prouvé par le manque de parallélisme entre les troubles de la sensibilité cutanée et les altérations de la sensibilité articulaire dans notre cas : au moment de la disparition des troubles de la sensibilité articulaire (cinquième examen) l'hypoesthésie de la face palmaire de la main existait toujours et elle a été constatée encore au sixième et au septième examen ; de l'autre côté, l'hypoesthésie *diffuse* de la face palmaire et dorsale de la main étant présente, nous avons observé (2e, 3e et 4e examens) les troubles *partiels* de la sensibilité articulaire, c'est-à-dire que le malade *percevait bien* quelques-uns des mouvements passifs des doigts et ne percevait pas les autres.

Quant à l'affection des filets nerveux terminaux, il devient indispensable de la reconnaître si on se rappelle la complexité de l'innervation sensitive des doigts et les anastomoses extrêmement riches entre les différentes branches nerveuses; dans ces circonstances anatomiques, l'affection simultanée par le processus névritique de plusieurs branches des nerfs plus ou moins fortes pourrait provoquer tantôt une diminution *diffuse* de la sensibilité articulaire au niveau des doigts, tantôt — en cas du processus plus léger et non étendu — pourrait exister sans aucun trouble de la sensibilité articulaire. Mais les troubles *partiels* et en même temps *constants* de ladite sensibilité, troubles qu'on observait pendant une longue durée et dans les mouvements des doigts bien déterminés, ces troubles ne peuvent pas dépendre d'une lésion des branches des nerfs digitaux plus ou moins fortes et ils ne sont compréhensibles que comme un symptôme de la lésion

des filets nerveux les plus minces qui sont atteints au-delà de leurs dernières anastomoses.

Anatomiquement, l'innervation sensitive des articulations et des parties profondes de la main en général avait été très peu connue jusqu'à ces derniers temps parce que les auteurs qui étudiaient l'innervation sensitive de la main et des doigts portaient leur attention particulièrement sur les filets nerveux sensitifs de la peau (*Arloing* et *Tripier*, *Brooks*, *Krause*, *Hedon*, *Zander*, *Morestin* et autres), laissant de côté les articulations et les parties profondes. Cette lacune est suppléée à un certain degré par le travail récent du Dr *Saposchkof* (1). Dans cet ouvrage, basé sur l'examen anatomique de 120 mains d'hommes et 32 extrémités antérieures de différents animaux, le Dr *Saposchkof* décrit et représente par des images les filets nerveux les plus minces qui proviennent des nerfs dorsaux internes et externes des doigts (*n. n. dorsales digitorum interni et externi*) et innervent les territoires déterminés des articulations (métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes) et du périoste, les territoires tels que le *côté radial* ou *le côté cubital des articulations* par exemple. Ce sont justement les filets nerveux dont l'affection est démontrée par les symptômes cliniques dans notre cas. Dans ce cas, simultanément, sont affectées des branches nerveuses plus fortes (les troubles diffus de la sensibilité cutanée de la main, sensibilité à la pression des espaces interosseux, etc.), mais les troubles partiels de la sensibilité articulaire montrent bien que, outre ce processus, il faut reconnaître encore une lésion des filets nerveux les plus minces dans le voisinage des articulations mêmes (2).

Ainsi les troubles partiels de la sensibilité profonde (articulaire), considérés à ce point de vue, semblent à leur tour témoigner dans notre cas en faveur de la tendance du processus névritique à affecter exclusivement ou prin-

(1) Sur l'innervation de la face dorsale de la main. *Thèse de doctorat*, Varsovie, 1905 (en russe).

(2) Il serait intéressant de porter l'attention sur les troubles partiels plus ou moins constants de la sensibilité articulaire dans les affections diverses du système nerveux central et périphérique ; d'après DÉJERINE (*Séméiologie du système nerveux*, p. 883) on trouve fréquemment des phénomènes pareils chez les *tabétiques* (la sensation de mouvement et la sensation de direction de ce mouvement pissociées).

cipalement certaines *petites branches périphériques*. Les données que nous avons sur les troubles objectifs de la sensibilité cutanée sont aussi favorables à cette opinion. Parmi les symptômes de ce genre, le plus persistant était sans doute l'hypoesthésie de la face palmaire de la main et de la face plantaire du pied. Au cours de la maladie, nous avons observé l'apparition et (relativement) la prompte disparition des différents troubles de la sensibilité à la face dorsale de la main et du pied (hypoesthésie, hypoalgésie, hyperalgésie, dysesthésie), mais l'hypoesthésie de la plante du pied et de la paume de la main persistait toujours et disparaissait en dernier lieu. Le malade, tout à fait bien portant déjà, est parti conservant même son hypoesthésie affectant la plante des deux pieds; ce ne fut que le moissuivant qu'on pût constater enfin la disparition de cette hypoesthésie. Ainsi les branches nerveuses destinées à la face palmaire de la main et à la face plantaire du pied ont été plus fortement affectés que les branches prenant part dans l'innervation de la face dorsale de la main et du pied.

En résumant maintenant tout ce que nous avons dit plus haut, nous pouvons noter le double mode d'action de la substance toxique sur les nerfs périphériques de notre malade : d'un côté nous voyons l'action plus généralisée étendue sur le grand territoire de nerfs périphériques, de l'autre côté est non moins évidente une autre action de la même substance, action plus restreinte et plus spéciale sur les nerfs de la main et du pied. La première forme d'affection des nerfs périphériques caractérisée par l'ataxie, le signe de Romberg, l'abolition des réflexes profonds et l'anesthésie vibratoire de toutes les extrémités en entier n'est rien d'autre que l'*ataxie polynévritique aiguë* ou *pseudo-tabes polynévritique aigu* ; la deuxième forme est caractérisée par la sensibilité exagérée des nerfs de la main et du pied à la pression et par les troubles locaux de la sensibilité, de la motilité et de la coordination ; nous avons déjà nommé cette forme l'*acronévrite* de la main et du pied. L'ataxie polynévritique aiguë a suivi un cours très favorable ; ses symptômes ne progressaient que pendant quelques semaines et alors les manifestations les plus importantes de la ma-

ladie commencèrent à diminuer très vite ; les symptômes acronévritiques se sont montrés, comparativement, plus tenaces. Dans les deux formes de polynévrite, il existe une tendance à affecter principalement les branches plus petites des nerfs et dans les deux formes nous trouvons aussi le caractère partiel des troubles, ce caractère se manifestant surtout dans les troubles de la sensibilité articulaire (l'acronévrite).

Il est impossible d'expliquer l'ataxie aiguë dans notre cas par une lésion quelconque du système *nerveux central*. « L'ataxie aiguë » en soi n'est pas, sans doute, une forme clinique déterminée, au contraire, ce n'est qu'un symptôme, abstraction faite de la polynévrite, des maladies différentes de la moelle, du tronc cérébral et du cerveau. Mais, dans notre cas, le manque des symptômes cérébraux et spinaux, la marche de la maladie, l'amélioration commencée après quelques semaines, la disparition consécutive des symptômes, la restitution des réflexes profonds y compris, tout cela nous permet de rejeter positivement le processus central comme cause de l'ataxie et tout cela nous oblige à adopter le diagnostic de l'ataxie *polynévritique* aiguë. La connexion clinique étroite qui existe entre l'ataxie généralisée et les troubles locaux dus à l'acronévrite; cette connexion parle aussi en faveur de ce diagnostic. La perte de la sensibilité de la langue et du palais qui existait, d'après le récit du malade, pendant un jour seulement au début de la maladie, peut être expliquée, si elle existait en réalité, par une participation légère des nerfs craniens, qui n'est pas rare dans les polynévrites.

L'origine fonctionnelle (hystérique) de l'ataxie aiguë dans notre cas doit être exclue aussi à cause du caractère clinique de l'ataxie même et à cause de l'abolition graduelle concomitante des réflexes profonds.

Ainsi le diagnostic définitif dans notre cas est le suivant : *ataxie polynévritique aiguë* (pseudo-tabes périphérique aigu) *associée à* l'acronévrite des mains et des pieds.

Au tableau clinique particulier de la polynévrite correspond aussi dans notre cas une étiologie toute particulière.

Cliniquement, le lien étiologique existant entre la po-

lynévrite et l'empoisonnement aigu par les homards est bien évident dans notre cas et il ne nous reste qu'à définir plus exactement l'espèce de cet empoisonnement.

Dans la littérature médicale (1) nous trouvons au sujet d'intoxication par les homards, des indications très peu nombreuses et pour la plupart d'un caractère très général qui se réduisent à ce que des cas pareils d'empoisonnement qui sont parfois mortels, sont très rares et que cet empoisonnement peut comporter des symptômes semblables à ceux de l'intoxication alimentaire en général et surtout de l'intoxication par les huîtres.

Les faits cliniques qui concernent l'empoisonnement par les homards et que je pus recueillir sont les suivants :

Jaksch (*l. c.* p. 585) dans quelques lignes seulement décrit un cas : une nombreuse société avait mangé, le soir, des homards sans éprouver aucun mal ; mais le lendemain — c'était l'hiver — tous les membres d'une autre famille ayant consommé les restes des mêmes homards sont tombés malades et deux enfants sont même morts. L'auteur ne dit rien des symptômes de l'empoisonnement Dans le cas rapporté par *Potain* (2), « le malade présenta nausées, vomissements, douleurs et contractures dans les membres, hypertrophie de la rate ». Dans un cas remarquable d'empoisonnement *collectif* rapporté par *Simon* (3) sont notés les symptômes suivants : diarrhée, mal de tête, nausées, vomissements, sentiment d'alourdissement dans les membres ; dans les plus graves : cyanose de la face, syncopes répétées, prostration complète, pouls extrêmement petit, douleurs fortes et crampes des mollets (syndrome cholériforme). En somme,

(1) V. JAKSCH.—Die Vergiftungen 1897, p. 585. VIBERT. Toxicologie. Deux. édit., 1907, p,. 910. WURTZ. Intoxications alimentaires (*Nouveau traité de médec.* BROUARDEL et GILBERT, XI, 1907, p. 199.) LEWIN. *Traité de toxicologie*, 1903, (traduction franç., p. 949. ARNOULD. *Nouv. éléments d'hygiène*, 1907, p. 548. On trouve les renseignements les plus détaillés au sujet de l'empoisonnement par les crustacés en général et par les homards en particulier dans l'ouvrage de ROUGER et DOPTER : Hygiène alimentaire, 1906, p. 262-265. (BROUARDEL et MOSNY. *Traité d'hygiène*, t. IV).

(2) ROUGET et DOPTER l. c. p. 263.

(3) Eine Massenerkrankung infolge genusses kranken Hummaern *Zeitschr. für Fleisch-und Milch-Hygien* Iahrg. II. H. 2 ; anal. dans le *Hygien. Rundchau*, 1892, p. 205 (Chez ROUGET et DOPTER est indiqué par erreur : *Hyg. Rundschau*, 1882).

85 personnes tombèrent malades après un banquet solennel où on servit parmi d'autres mets, des homards. Le lendemain, dans un autre endroit, plusieurs personnes ont présenté les mêmes symptômes d'empoisonnement, ayant consommé des homards qui ont été achetés chez le même marchand. On soupçonna alors les homards comme ayant été la cause de l'empoisonnement collectif ; on les examina et on trouva la vraie cause : les homards eux-mêmes furent reconnus atteints d'une inflammation aiguë infectieuse du canal intestinal. Malgré les symptômes très graves dans quelques cas, tous les 85 malades se sont rétablis.

Dans le cas de *Camus* (1) l'empoisonnement s'est produit dans des conditions semblables à celles de notre observation. Trois membres de la famille d'un officier (père, mère et fils, âgé de 18 ans) ont consommé au déjeuner une demi-boite de conserves de homard (c'est-à-dire à peu près 250 grammes), sans avoir éprouvé les moindres conséquences mauvaises ; les restes des conserves ont été placées dans un endroit froid et ont été servis le lendemain au déjeuner. Les conserves avaient un aspect tout à fait bon et étaient même plus agréables au goût que la veille. Néanmoins, deux heures ne s'écoulèrent pas après le déjeuner que le jeune homme ressentit tout à coup un malaise, dut se coucher et fut bientôt pris de vomissements, d'abord de nature alimentaire puis bilieux abondants ; presque en même temps, la diarrhée apparut avec des selles très rapprochées et très copieuses. La sueur profuse, le refroidissement de la peau, anéantissement complet et subit des forces accompagnaient les évacuations que rien ne put arrêter. Après une demi-heure on a observé les mêmes phénomènes d'indigestion brusque et violente chez le père. Les domestiques mangèrent une quantité de conserves très petite et, en rapport avec cette consommation, ne présentèrent que des symptômes très peu prononcés. Tous les malades, dans ce cas aussi, se sont rétablis.

Les observations mentionnées montrent que, dans tous les cas cités d'empoisonnement, soit par les homards

(1) Note sur l'altération des conserves par les ptomaïnes *Arch. de méd. et de pharm. militaires*, 1886, v. 9, p. 14.

consommés frais, soit par les conserves, on a observé les symptômes assez *uniformes*, c'est-à-dire *les symptômes d'une gastro-entérite aiguë infectieuse, cholériforme*. Dans l'empoisonnement par les huîtres, qui est beaucoup mieux connu et étudié (1) les accidents gastro-intestinaux se présentent aussi sous une forme de la gastro-entérite aiguë infectieuse, variant d'après son intensité, des cas les plus légers de gastro-entérite simple jusqu'aux tableaux cliniques graves, rappelant la dysenterie et le choléra. Dans les autres « intoxications alimentaires »,la gastro-entérite se présente aussi sous une forme typhoïde (*Richardière*) (2),laquelle doit-on bien distinguer des cas de la vraie infection spécifique (fièvre typhoïde, choléra), par intermédiaires des huîtres ou des moules.

La gastro-entérite, dans notre cas, a le *caractère infectieux assez net* (l'élévation de la température, l'affaiblissement des forces, troubles de l'état général) et s'accompagne d'une *hémorragie intestinale* qui est très fréquente au cours de nombreuses maladies infectieuses (3). La couleur diffuse foncée, presque noire,des matières fécales liquides, observée pendant quelques jours, indique précisément que dans notre cas le sang s'est épanché en petite quantité dans l'intestin grêle.

Le tableau clinique de l'empoisonnement aigu chez notre malade présentait une ressemblance extérieure avec l'intoxication aiguë par les poisons métalliques (sels de plomb, de cuivre), mais la *marche* de la maladie, c'est-à-dire la disparition en quelques jours des troubles gastro-intestinaux, contredit ce diagnostic. Dans l'intoxication aiguë par le cuivre, les troubles gastro-intestinaux restent pendant des semaines et même pendant des mois (4) ; quant à l'intoxication aiguë par le plomb, nous savons bien que même dans les cas favorables la convalescence est très longue et le malade, guéri de son intoxication aiguë, entre bientôt dans le saturnisme

(1) V. ROUGET et DOPTER,p. 268-278.MOSNY.—La nocivité des huîtres. *Ann. d'hygiène publ.*, 1904, p. 459.

(2) Intoxications. BOUCHARD et BRISSAUD.—*Traité de médec.*,t. 3, 1899.

(3) COURTOIS-SUFFIT. — Maladies de l'intestin. Chapitre IX., p. 560 566. Hémorragies intestinales. BOUCHARD et BRISSAUD. *Traité de médec.*, t. IV, 1900.

(4) V. JAKSCH,*l. c.*,p. 215.

chronique (*Brouardel*) (1). Et cependant, notre malade, le quatrième jour après l'empoisonnement, était déjà exempt de ses accidents gastro-intestinaux, bien que le deuxième jour, son état eût été si grave que les médecins craignirent pour sa vie. Ce signe clinique très important, cette particularité de la marche de la maladie nous fait exclure positivement l'intoxication par le plomb ; ainsi il est impossible, entre autres, d'expliquer la couleur noire des matières fécales par la formation de sulfate de plomb, et comme le malade n'a pris aucune médecine dont pourrait dépendre cette couleur des selles, il faut croire que cette couleur est due à l'altération du sang épanché dans l'intestin. Et c'est justement *l'hémorrhagie intestinale* qui se présente comme une particularité clinique de la gastro-entérite aiguë infectieuse dans notre cas. Ainsi, ce n'est pas une gastro-entérite cholériforme, dysentériforme ou typhoïde, c'est plutôt une *gastro-entérite infectieuse hémorrhagique* qui caractérise cliniquement notre cas d'empoisonnement par les homards.

Outre les troubles gastro-intestinaux, on observe souvent dans « l'empoisonnement alimentaire » les symptômes dus à l'action des alcaloïdes et de corps semblables aux alcaloïdes qui, tantôt sont produits par les microbes c'est-à-dire font partie des toxines microbiennes (toxine de bacillus botulinus, par exemple), tantôt se représentent comme une substance sécrétée par les animaux malades, vivant dans des conditions de vie anormale (par exemple les moules malades, sécrétant la mytilotoxine). L'absence de symptômes apparents du côté du cerveau et du tronc cérébral dans notre cas témoigne contre l'ingérence de ces substances alcaloïdes, mais il faut prendre en considération que nous ne sommes renseignés sur les symptômes aigus dans notre cas que par le récit (pourtant très détaillé) du malade ; ainsi les symptômes plus délicats, les symptômes objectifs du côté du système nerveux (du côté de la pupille, des réflexes, de quelques nerfs crâniens) très importants pour le diagnostic dans le sens mentionné nous restèrent peut-être inconnus !

La circonstance que, dans notre cas, il s'agit de l'em-

(1) Les intoxications, 1904, p. 360.

poisonnement non par les homards frais mais conservés en boîte, ne peut pas influencer notre diagnostic de la gastro-entérite d'origine infectieuse. On prépare les conserves de homards de la manière suivante : les homards sont cuits à l'eau bouillante, puis placés sans addition d'huile dans les boîtes fermées après chauffage par la vapeur durant quelque temps (*Arnould*) (1). Si la stérilisation a été insuffisante, la vitalité des bactéries peut être respectée ; quant aux toxines microbiennes mêmes, la stérilisation suffisante n'a pas toujours raison de ces produits toxiques qui conservent par là même toute leur nocivité pour le consommateur (fait de *Baudouin*) (2). Ensuite, les germes aérobies qui se trouvent dans les conserves, la boîte une fois ouverte, peuvent se développer par le contact de l'air atmosphérique et ils peuvent produire des toxines nuisibles malgré l'apparence normale des conserves. Il n'est pas rare précisément que des conserves dont la consommation ne produit aucun phénomène anormal, deviennent toxiques après être restées quelque temps dans des boîtes ouvertes. Dans notre observation, semble-t-il, les conserves avaient été toxiques la veille encore (nausées qui empêchaient le malade de dormir), mais le jour suivant, leur toxicité en tous cas s'est accrue considérablement. A ce qu'il paraît, même le premier jour les conserves étaient restées quelque temps ouvertes avant qu'elles fussent consommées, mais on ne peut pas préciser la durée de cette période.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic de la maladie à la suite de laquelle s'est produite la polynévrite dans notre cas est assez évident dans ce sens pour que nous ayons à faire ici à la gastro-entérite aiguë *infectieuse*. Ce diagnostic, d'un caractère plutôt général, est suffisant pour expliquer le développement de la polynévrite, parce que nous connaissons bien que la polynévrite peut suivre chaque maladie infectieuse, quelle qu'elle soit, la plus grave comme la plus légère. Entre autres, sont connus les cas précis de l'ataxie polynévritique aiguë qui se développa à la suite de la gastro-entérite aiguë infectieuse, soi-disant spontanée (*Higier*) (3).

(1) *L. c.* p. 548.
(2) ROUGET et DOPTER, p. 261.
(3) Beitrag zur pseudo-tabes. *Deuts medic. Wochenschr.*, 1891, p. 1007.

Quant à notre malade, outre la cause efficiente très forte (maladie infectieuse), chez lui existait encore une espèce de *prédisposition spéciale* pour la *polynévrite*, grâce à l'alcoolisme chronique. Les deux dernières années, le malade a commencé déjà à éprouver des sensations anormales complexes (comme celles d'un liquide répandu sous la peau), sensations qui apparaissent souvent comme un prodrome de polynévrite alcoolique ; il n'y a rien d'étonnant à ce que, sur ce terrain si bien préparé par l'alcoolisme, la gastro-entérite *infectieuse* ait pu provoquer très facilement la polynévrite.

De l'état de mal épileptique

Idiotie congénitale aggravée par des convulsions portant sur le côté droit. Signes de méningite. Epilepsie. Mort en état de mal. Sclérose atrophique et méningo-encéphalite de l'hémisphère gauche,

par

BOURNEVILLE et Maurice **ROYER**
Médecin de la Fondation Vallée (Hospice de Bicêtre) — Interne du service

SOMMAIRE : *Père, excès de boisson* (absinthe). — *Grands-parents morts vieux.* — *Mère, rien de particulier, ni dans sa famille.* — *Pas de consanguinité.* — *Inégalité d'âge de* 10 *ans* (père plus âgé). — *La malade : Conception, grossesse, naissance, rien de particulier.* — *Accès de cris nuit et jour pendant trois semaines.*— *Première dent à dix mois ; dentition complète à* 2 *ans.* — *Premières convulsions à* 16 *mois, durée* 2 *jours ; avec prédominance à droite.* — *Gâtisme.* — *Marche et parole nulles.* — *Deuxième crise de convulsions à* 28 *mois, durée* 36 *heures ; avec prédominance à droite.* — *Rougeole à* 2 *ans.* — *Impétigo.* — *A* 3 *ans, secondes convulsions ; coqueluche ; épilepsie : accès et vertiges.*

Mar.... (Marcelle), née à Paris le 24 octobre 1897, entrée à la Fondation Vallée le 12 décembre 1900, décédée le 15 septembre 1906.

Histoire de la famille et de la malade (*Renseignements fournis par la mère de la malade le* 29 *décembre* 1900). — ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — PÈRE : maçon, âgé de 36 ans ; n'a pas eu de convulsions ; pas de rhumatismes, pas de chorée ; pas de

fièvre typhoïde ; aucun indice de syphilis ; pas de maladies de peau. — Avant d'être marié, « il faisait beaucoup la noce et buvait beaucoup d'absinthe. Il se saoulait souvent. » Il a d'ailleurs continué à faire des *excès de boisson*, après son mariage sa liqueur préférée est l'absinthe, mais depuis 2 ans il en boit beaucoup moins (1).

Après les excès de boisson il est plutôt excité que déprimé, mais est cependant d'un caractère généralement doux. S'est marié à 29 ans. Avant son mariage a reçu au front en travaillant un coup qui laissa une cicatrice, on ne sait s'il a perdu connaissance, mais il serait resté deux mois en traitement à la Pitié ; ne se serait pas plaint pendant son séjour de céphalalgie. — Son *père* est mort à 77 ans, n'avait jamais été malade, cultivateur, on ne sait s'il a fait des excès de boisson. — Sa *mère* vit encore, elle est bien portante ; n'est pas migraineuse. — Les *grands-parents* tant *paternels* que *maternels* sont morts très vieux, n'auraient jamais été malades. — Pas de renseignements sur les *oncles* et *tantes*. — 7 *frères* et 3 *sœurs* : ils sont bien portants, et ont des enfants intelligents qui n'ont jamais été malades. Ni les frères et sœurs, ni leurs enfants n'ont eu de convulsions. — Dans le reste de la famille, on ne relève ni épileptiques, ni aliénés, ni idiots, ni strabiques, ni sourds-muets. Pas de malformations, pas de suicidés, pas de prostituées, pas de criminels.

MÈRE, âgée de 26 ans ; giletière ; n'a pas eu de convulsions ; pas de rhumatismes, pas de chorée, pas de fièvre typhoïde. Elle est sobre, de caractère calme, nullement nerveuse. Depuis un an, est atteinte fréquemment au moment de ses règles de *céphalalgie*. N'a jamais été victime de traumatismes céphaliques. Elle est grande, bien portante, et paraît intelligente. S'est mariée à 20 ans ; n'a jamais eu de dartres, ni de traces de maladies de peau. — (*Père* : bien portant, fait quelques *excès de boisson* (absinthe). — *Mère* : bonne santé ; pas de migraines ; est sobre. — Le *grand-père paternel* est mort à 45 ans pendant les émeutes de 1848. — La *grand-mère paternelle* est morte à 30 ans, on ne sait de quoi. — Les *grands-parents maternels* morts de sénilité, n'avaient jamais été malades. — Pas d'oncles ni de tantes. — A eu sept *sœurs*, toutes mortes jeunes, on ne sait si elles ont eu des convulsions. Rien à signaler dans le reste de la famille ; pas d'aliénés, pas d'épileptiques ; ni bègues, ni sourds-muets ; ni strabiques ; pas de prostituées, pas de condamnés.

(1) Depuis ces renseignements le père est mort d'une fluxion de poitrine, en 1902.

Pas de consanguinité ; père du Berry, mère de Paris. Inégalité d'âge de dix ans (père plus âgé).

Trois *enfants* : 1° un garçon âgé de 5 ans 1/2, bien portant, intelligent ; *n'a jamais eu de convulsions* ; 2° une fille morte à 14 mois, aux Enfants-malades, d'une maladie de foie (?). Elle n'aurait jamais eu de convulsions ; 3° notre malade. — La mère n'a jamais fait de fausses-couches.

La malade. — *Conception* : Bonne santé chez les deux conjoints, sympathie, pas de misère ; pas de sévices dans les moments d'ivresse. Vers cette époque, le mari lorsqu'il était pris de boisson, était très porté aux rapports sexuels. — *Grossesse* : bonne, pas de coups, de chutes, de peurs, d'envies, de syncopes, d'ennui de se voir enceinte, pas de chagrins, pas d'albuminurie, de crises de nerfs, d'intoxication, de tentatives d'avortement. Quelques vomissements assez fréquents pendant les deux premiers mois. Pas de maladies infectieuses. Mouvements du fœtus à 4 mois 1/2, très forts, beaucoup plus que dans les deux grossesses précédentes.

Accouchement à terme, naturel ; présentation du sommet ; la durée du travail ne fut que d'une 1/2 heure. Perte des eaux minime. — *A la naissance* l'enfant pesait 4 kilogr., pas d'asphyxie, ni de circulaires. Pendant les 25 premiers jours, il a eu des *accès de cris* nuit et jour. L'enfant a bien pris le sein maternel dès le début ; sevrée à 16 mois.

Dentition : 1re dent à 10 mois, toutes ses dents à 2 ans.

Parole : début à un an, n'a jamais dit que les mots : « maman » et « merci ». Elle était éveillée comme les enfants de son âge, mais elle n'a jamais essayé de marcher, et ne s'est jamais tenue sur ses jambes. N'a jamais été propre.

Antécédents morbides. — A 16 mois, premières *convulsions* ; elles ont duré deux jours, sans reprise de connaissance ; ces convulsions, toniques puis cloniques, étaient *limitées au côté droit*, mais affectaient toute la hauteur du corps « de la tête aux pieds ». Les yeux étaient convulsés. L'enfant fut alitée consécutivement pendant 8 jours. Avant cette première crise l'enfant se servait de préférence de sa main gauche ; la main droite semblerait donc avoir été plus faible depuis la naissance, et on ne peut dire si les convulsions ont déterminé chez la malade de la paralysie. Il en est de même pour la marche, l'enfant remuait bien les jambes, mais ne marchait pas encore.

Deuxième crise de *convulsions* à 2 ans 1/2 ; *toujours limitées à droite*, mais s'étendant cependant un peu au côté gauche elles ont duré 36 heures. C'est à la suite de ces convulsions que

l'enfant aurait eu de la *paraplégie* ; et le médecin aurait déclaré à la mère que sa fille était atteinte de *paralysie infantile*. — L'enfant n'a présenté aucun accès, ni état de mal jusqu'à son entrée à la Fondation (3 ans).

Caractère très coléreux ; les accès de colère ont débuté après les premières convulsions ; ils se seraient répétés journellement, et auraient encore augmenté après la seconde crise. Déjà même avant la première atteinte on avait remarqué qu'elle jetait et brisait les objets qu'elle pouvait saisir. La *clastomanie* aurait augmenté petit à petit. On ne remarque pas d'autres perversions ; pas d'onanisme, pas d'écholalie, pas de pyromanie.

Les *sentiments affectifs* paraissent limités à sa mère ; elle ne connaît qu'elle et voudrait être constamment avec elle.

Le *sommeil* n'est pas bon, elle pleure et « ne dort presque jamais ». Elle a des *cauchemars* qui la font tressauter. Déjà très agitée la nuit avant ses premières convulsions, on remarque que l'agitation augmente après la première crise. Elle se met alors à grincer des dents, et presque tous les soirs, se cogne la tête sur les barreaux de son lit. Elle ne présente dans ces moments d'agitation, ni congestion de la face, ni congestion des oreilles.

Sensibilité générale. La sensibilité au tact et à la douleur a été longtemps abolie au niveau des membres inférieurs. Les réflexes rotuliens abolis (?) jusque vers l'âge de 2 ans 1 /2 paraissent réapparus depuis quelque temps. — La *vue*, l'*ouïe*, l'*odorat*, le *goût* paraissent normaux, *l'intelligence est nulle*, il en est de même de la mémoire. L'*attention* est fugace. — M... n'a jamais parlé, jamais marché, n'a jamais été propre.

Maladies infectieuses : Rougeole à 2 ans ; pas de fièvre scarlatine ; pas d'oreillons ; pas de variole ; pas de varicelle. Vaccinée avec succès. Pas de faux croup, pas de diphtérie, pas de fièvre typhoïde. — Pas de maux d'yeux, mais *strabisme* qui a débuté après les premières convulsions ; pas d'otorrhée, a eu de l'impétigo limité à la partie postérieure des oreilles. Pas d'adénites, pas de maladies de peau, pas de traumatismes, pas de fractures, pas de luxations ; pas de brûlures, pas de sévices des parents.

L'enfant ressemble au père. Comme la malade était arriérée avant les premières convulsions, il s'agit vraisemblablement d'un *état congénital aggravé par des convulsions*.

Ce n'est que vers un an, quand on a vu qu'elle ne se tenait pas debout, et qu'elle ne commençait pas à parler, qu'on pensa à l'arriération de l'enfant. Elle ne reconnaissait à ce moment que son père et sa mère.

Elle fut alors examinée au point de vue mental, par le docteur Charpentier, qui rédigea le certificat suivant : « Est atteinte *d'idiotie congénitale* avec strabisme, impotence des membres inférieurs, défaut de développement de la parole, le tout consécutif à des convulsions ». — L'enfant entra à la Fondation, le 13 décembre 1900.

Nous donnons ci-dessous le tableau des accès et vertiges pendant le séjour de l'enfant dans le service. Les 38 crises accusées en janvier auraient été plutôt des convulsions que de l'épilepsie franche, elles ont eu lieu dans la même journée et ont été suivies de sommeil.

Epilepsie ; tableau des accès et des vertiges.

MOIS	1900		1901		1902		1903		1904		1905		1906	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier			38	»	»	15	92	9	»	»	121	79	14	2
Février			»	»	2	17	155	14	»	»	53	32	19	12
Mars.......			»	»	4	18	195	11	10	»	169	39	44	[illegible]
Avril			»	»	3	32	364	17	20	»	37	10	45	[illegible]
Mai			»	»	5	33	56	8	255	14	71	4	51	1
Juin			»	»	8	25	45	7	214	33	47	8	98	21
Juillet			1	18	19	10	34	6	16	14	47	22	130	6
Août.......			»	»	41	12	25	5	4	2	29	5	63	5
Septembre.			4	15	35	5	27	6	2	»	23	2	303	»
Octobre....			2	16	21	6	18	4	16	8	15	3		
Novembre..			»	18	42	7	13	3	41	32	18	6		
Décembre..	»	»	»	20	45	8	11	3	129	58	16	7		
Total...	»	»	45	87	225	188	1035	93	707	161	646	217	767	53

On ne remarque plus rien jusqu'en juillet 1900 époque à laquelle paraît débuter l'épilepsie.

La malade n'a pas présenté d'accès en décembre. A son entrée on remarque que la physionomie est expressive, le sourire aimable. L'enfant ne se tient pas sur ses jambes, elle est molle, et lorsqu'on la met debout, ses pieds se placent en varus. Au point de vue de la parole on ne peut saisir que les simples mots : « maman, papa », qui sont prononcés correctement. Elle ne sait se servir d'aucun objet, il faut la faire manger ; elle mange d'ailleurs proprement, sans gloutonnerie, de tous les aliments et avec appétit. Elle n'a pas de préférence pour le vin ou le lait. La mastication est bonne, la digestion

normale ; les selles sont régulières, sans constipation, ni diarrhée, mais l'enfant gâte jour et nuit.

Le sommeil est bon, pas de cauchemars, ni de cris, mais la petite malade est longue à s'endormir et pleure jusqu'à ce qu'elle s'endorme. On ne constate aucune tendance à l'onanisme.

L'enfant aime à être propre, elle ne craint pas les bains et se laisse volontiers laver. Elle ne possède aucune notion d'habillement.

Au point de vue du *caractère*, elle est douce, semble même affectueuse envers ses petites compagnes et les personnes qui l'entourent ; elle joue avec une poupée, et essaie de se rendre compte de ce qui se passe autour d'elle. Elle aime à être tenue sur les bras et promenée au dehors, et manifeste par des pleurs dès qu'elle est mécontente ; elle crie à la moindre contrariété, et si l'on ne cède pas à ses caprices. Si on la caresse elle sourit.

La malade ne paraît pas souffrir, elle ne grince pas des dents, et ne présente pas d'onycophagie. Le teint est pâle, quelquefois frais et rosé jamais congestionné. Dès qu'elle est assise elle remue perpétuellement ses bras et jambes. Sa vue paraît bonne mais elle présente un strabisme très prononcé. L'*ouïe* paraît normale, l'enfant semble entendre avec satisfaction le chant et la musique. — L'odorat est normal, la malade reconnaît les bonnes et les mauvaises odeurs. Au point de vue du goût elle préfère les mets sucrés aux mets salés, le chocolat lui plaît tout particulièrement.

Nous indiquons ci-dessous les différentes mesures de la tête de la malade, pendant son séjour, ainsi que le tableau comparatif du poids et de la taille.

1901. 18 *mars*, l'enfant est prise de toux coqueluchoïde et entre immédiatement à l'isolement. Elle n'a pas de température et ne présente pas de phénomènes généraux. Elle sort de l'isolement au mois de mai après une coqueluche bénigne.

Etat actuel (17 mai 1901). — L'état général est bon, pas de pâleur, ni adipose, ni émaciation ; air de santé. L'expression est souriante. *Peau* blanche, cheveux châtains implantés assez haut sur le front, avançant sur les tempes ; deux épis, l'un à droite, l'autre à gauche. Pas de ganglions, pas de cicatrices, pas d'éruptions, pas de nœvi.

Crâne ovoïde peu volumineux symétrique, pas de saillies anormales des bosses craniennes, fontanelles non perceptibles ; front d'une hauteur de 6 centimètres sur la ligne médiane (voir le tableau spécial pour la mensuration des différents diamètres).

Mesures de la tête	1901 Janv.	1901 Juill.	1903 Janv.	1903 Juill.	1904 Janv.	1904 Juill.	1905 Janv.	1905 Juill.	1906 Janv.	1906 Juill.
Circonférence horizontale maxima	45.5	46	46	46	46	46	46	46	46	47
Demi-circonférence bi-auriculaire	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	35	35	35	35	35	35	35	35	35	36
Diamètre antéro-postérieur maximum	15	15.2	15.5	15.5	15.6	15.6	15.6	15.6	15.6	16
— bi-auriculaire —	10	10.1	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5	11
— bi-pariétal —	12	12	12.1	12.1	12.3	12.3	12.3	12 5	12.5	13
— bi temporal —	9.3	9.5	10.1	10.1	10.2	10 2	10 2	10.2	10.2	10.5
Hauteur médiane du front	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5

Tableau du poids et de la taille.

	1901 Janv.	1901 Juill.	1902 Janv.	1902 Juill.	1903 Janv.	1903 Juill.	1904 Janv.	1904 Juill.	1905 Janv.	1905 Juill.	1906 Janv.	1906 Juill.
Poids	11	11	12.500	13	11	11	14	14	14	13.500	14.500	15
Taille	0.84	0.86	0.90	0.92	0.93	0.93	0.93	0.95	0.99	0 99	0.99	1.00

Face allongée, pas de cicatrices. Arcades sourcilières peu saillantes ; paupières normales, pas de blépharite, fentes palpébrales largement ouvertes, cils noirs, obliques en haut et en avant pour la paupière supérieure. Orbites normaux.

Yeux de mobilité normale, pas d'exophtalmie. — Strabisme convergent des deux yeux à un degré fort accusé ; pas de paralysie, pas de nystagmus. Iris de couleur marron. Pupilles égales, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation. L'examen fonctionnel est impossible étant donné l'état intellectuel de la malade.

Nez droit, petit, lobule peu volumineux, pas de bifidité ni de déviation de la cloison ; narines petites, normales. — *Pommettes* assez saillantes régulières, symétriques, joues roses, un peu grosses.

Bouche de grandeur moyenne, rectiligne, lèvres peu épaisses, la supérieure dépassant, l'inférieure. Palais à voûte arrondie, voile normal ; *dents* en bon état, pas de caries, maxillaires normaux, articulation normale. — *Pharynx* normal, déglutition normale, pas de tumeurs adénoïdes.

Amygdales peu volumineuses, pas de saillies. — *Langue* d'épaisseur moyenne, pas de tremblements de la pointe. — *Menton* petit, ovale, en retrait sur le maxillaire supérieur.— *Oreilles* moyennes, peu écartées de la tête, bien ourlées, à lobule non adhérent.

Cou : circonférence 22 centimètres. Corps thyroïde paraissant normal ainsi que le larynx.

Membres supérieurs : de forme, attitude et motilité paraissant normales. Sensibilité normale, pas d'onycophagie.

Membres inférieurs. Rien de particulier à l'inspection, ni à la palpation. Impotence fonctionnelle sans contracture, ni raideur articulaire. La station et la marche sont nulles. La voûte plantaire est bien cambrée. Les mouvements volontaires, provoqués, ou réflexes sont normaux. Pas de malformations congénitales ou pathologiques. Le *thorax* est volumineux mais ne présente pas de saillies anormales. Respiration de type abdominal ; quelques râles de bonchite à l'auscultation. Les bruits du cœur sont réguliers. *L'abdomen* est volumineux, saillant ; rien de particulier à la palpation, ni à la percussion. — La sensibilité générale paraît intacte.

Puberté : les aisselles sont glabres, les seins non développés ; duvet roux à la partie médiane et supérieure de la face postérieure du thorax ; ventre glabre ; léger érythème sur les fesses dû au contact des matières fécales. Grandes lèvres glabres, petites lèvres peu développées, clitoris rudimentaire ; hymen falciforme à assez grand orifice. Périnée et région anale glabres. Membres supérieurs et inférieurs glabres.

Traitement : Bains salés, sirop d'iodure de fer ; traitement spécial du gâtisme ; exercices de la marche ; douches et bains.

En juillet 1901, l'état de l'enfant reste stationnaire. Son vocabulaire est toujours uniquement composé des deux mots: « papa, maman ». Elle gâte nuit et jour, et ne fait aucun progrès pour la marche ; les jambes sont toujours molles et la station debout est rendue impossible. — L'appétit est bon, avec préférence pour les mets sucrés.

L'ensemble de la physionomie est satisfaisant ; l'enfant sourit et pleure sans motifs bien déterminés ; elle aime à être caressée, et se met en colère si on la contrarie. Elle joue et s'amuse seule avec une poupée ou un chiffon.

1902. *Janvier.* L'enfant reste dans le même état ; la parole n'a fait aucun progrès ; les jambes sont toujours molles et la station debout impossible. Pendant ces six derniers mois les *vertiges* ont été nombreux (87) et on peut noter 1 accès en juillet, 4 en septembre, 2 en octobre. Les accès et vertiges vont suivre au cours de l'année 1902 une progression croissante atteignant en fin décembre 225 accès et 188 vertiges. On note alors quelques changements dans le facies de l'enfant ; quoique la physionomie ait un certain air éveillé, elle perd de jour en jour son expression. Le regard est triste. L'enfant prend un aspect chétif. L'appétit est moins bon, et la malade ne semble plus ouvrir la bouche avec plaisir, mais machinalement, et sans avoir l'air de se rendre compte de ce qu'elle mange. Les jambes toujours molles sont repliées sous le siège.

Le caractère est assez doux, elle pleure cependant plus fréquemment et sans aucune raison. Elle ne prononce plus un mot, et semble ennuyée, si on essaie de la faire causer. En un mot l'enfant perd de jour en jour ce qu'elle possédait. Elle est dans le gâtisme le plus complet et s'achemine vers une déchéance plus complète.

Vers la fin de l'année 1902 *les accès et vertiges augmentant toujours*, l'enfant est complètement abattue, dort des journées entières. Le caractère est de plus en plus maussade. L'enfant ayant quelques engelures aux pieds on la garde au lit, une grande partie de l'hiver.

1903. La déchéance s'accentue de jour en jour, les accès augmentent et au mois de mars, l'enfant entre à l'infirmerie, où l'on est obligé de la garder au lit ; son corps est mou au point qu'il est impossible de la faire tenir sur une chaise. Pendant ce dernier trimestre on a pu compter jusqu'à 442 accès. Ceux-ci sont de courte durée et toujours identiques. L'enfant pousse un cri plaintif et ses membres supérieurs et inférieurs

sont animés de violentes secousses cloniques, les paupières battent vivement, les yeux sont convulsés, la bouche contractée ; pas de prédominance d'un côté ou de l'autre ; la face est violacée.

Le traitement est à la fois spécial et général. L'enfant prend deux bains salés par semaine, avec exercices préliminaires de la marche. On lui donne en outre du sirop d'iodure de fer, de l'huile de foie de morue et deux cuillerées d'élixir polybromuré. Bains fréquents, hydrothérapie.

1904. — On institue le traitement polybromuré associé aux capsules de bromure de camphre à la dose suivante : pendant la 1re semaine 1 cuillerée d'élixir et 2 capsules, pendant la seconde semaine 1 cuillerée 1/2 d'élixir et 3 capsules ; 3e semaine 2 cuillerées d'élixir, 4 capsules ; 4e semaine 2 cuillerées 1/2 d'élixir, 4 capsules, pendant la 5e semaine 3 cuillerées et 5 capsules. Puis on diminue les doses de la même façon qu'on les avait augmentées pendant une durée de quatre semaines. Les accès sont moins fréquents qu'au printemps dernier et l'état général est relativement satisfaisant, mais cependant la malade marche rapidement vers la déchéance la plus profonde. La parole est nulle, l'enfant ne prononce aucun mot, n'articule pas une seule syllabe ; elle ne cherche ni par gestes, ni par signes à se faire comprendre.

Au réfectoire, la tenue est déplorable, la malade ne sait même pas tenir un morceau de pain. Il faut la faire manger, elle a bon appétit, mange de tout, mais la mastication est lente. Si on ne lui donne pas les aliments suivant son désir, elle exprime son mécontentement par des cris ou des pleurs. Elle ne peut absolument pas se tenir debout et crie dès qu'on essaie de la soulever. Le *caractère* est doux, elle aime les caresses, et pleure si on s'éloigne d'elle. Gâtisme complet.

Pendant les années 1905 et 1906, la déchéance s'accentue de plus en plus, l'enfant s'affaiblit progressivement quoique s'alimentant assez bien ; elle est constamment *somnolente, surtout après ses accès.*

Etat de mal, mort. — Le 13 septembre 1906, l'enfant Mar... est montée à l'infirmerie à 3 heures de l'après-midi, en *état de mal*, la température est de 37°4, mais elle ne tarde pas à s'élever pour atteindre à 7 heures du soir 40°2 ; de 3 heures à 7 heures l'enfant a eu 93 accès. Ceux-ci sont identiques, très courts, mais se succèdent pendant un moment à des intervalles de deux minutes. Autrefois l'enfant poussait un cri au moment de l'accès, maintenant elle ne dit rien, elle se tourne sur le côté droit, puis les membres supérieurs et inférieurs éprouvent de violentes secousses cloniques et se recroquevil-

lent ; les paupières battent vivement, la face est violacée, la bouche contractée laisse échapper une écume blanchâtre. A la fin de l'accès, on perçoit un petit ronflement, la face devient livide, et la malade reste absolument inerte ; elle n'urine pas sous elle, au cours de ses accès.

De 7 heures du soir à 7 heures du matin (14 septembre) l'enfant n'a eu que 44 accès ; après une courte rémission de 7 h. à 9 h. du soir, la température reprend une marche ascendante atteignant 41° à 5 heures du matin, puis elle retombe à 39°4 à 7 heures.

A 11 heures du matin, une nouvelle série d'accès reprend la malade et jusqu'à 7 heures du soir on peut en compter 82, pendant cette série la température se maintient en plateau aux environs de 41°. A partir de 7 heures du soir, les accès s'espacent de plus en plus, et l'on n'en compte plus que 10 jusqu'à 1 heure du matin, moment où l'enfant meurt.

Le dernier accès a été de courte durée, la face de l'enfant était très cyanosée, les ailes du nez battaient fortement, la bouche laissa échapper un peu de bave blanchâtre, et après quelques petites secousses l'enfant a rendu le dernier soupir, sans râles, ni cris.

Pendant la durée de son état de mal, c'est-à-dire en 18 heures la malade avait eu 229 accès. La température au moment de la mort était de 40°5, elle tomba ensuite régulièrement comme l'indique le tableau ci-dessous, atteignant la température ambiante 9 heures après la mort.

Température à la mort..............	40°5
1/4 d'heure après..................	40°
1 heure après......................	39°7
2 heures après.....................	38°8
3 heures après.....................	36°8
4 heures après.....................	36°
5 heures après.....................	35°9
9 heures après.....................	20°
Température de la chambre	20°

AUTOPSIE *pratiquée le* 18 *septembre* ; 57 *heures après la mort.* — Le cadavre ne présente aucune ecchymose, absence complète de rigidité, les pieds sont contracturés en dedans comme pendant la vie.

A l'ouverture de la *cavité thoracique*, on ne constate aucun liquide dans les plèvres. Les *poumons* sont normaux, pas d'ecchymoses à leur surface, un peu d'hypostase à la partie postérieure ; pas de tuberculose, Pas de liquide dans la cavité péricardique. Le *cœur* est contracté en systole, pas de caillots à l'intérieur des oreillettes ou des ventricules. Le *thymus*

en forme de grosse amande allongée, pèse environ 4 grammes. Le *corps thyroïde* qui pèse 5 grammes n'offre rien de particulier.

Pas de liquide, à l'ouverture de la *cavité péritonéale*. *L'estomac* est vide, la muqueuse, normale, ne présente aucune ecchymose. *Pancréas* : d'aspect normal, pèse 20 gr. *Foie*, rien de particulier, pèse (430 gr.). La *vésicule biliaire* contient une petite quantité de bile verte très foncée. — Les *capsules surrénales* sont normales. — Les *reins* pèsent, le droit 45 gr., le gauche 40 gr. ; ils n'offrent rien de particulier à la coupe et se décortiquent tous deux avec facilité. La *rate* est normale (25 gr.). L'*intestin* grêle, ouvert sur une longueur d'environ 1 mètre à partir du cœcum, ne contient aucun parasite. Il présente à environ 60 centimètres, à partir du cœcum une invagination, sans occlusion. L'*appendice* mesure 9 centimètres et contient un petit bourrelet de matières fécales, mais ne présente aucune inflammation. — On n'a relevé à la surface du péritoine et de l'intestin aucune trace d'ecchymoses.

Tête. — Le *cuir chevelu* est assez épais, sans ecchymoses. Le *crâne* ovoïde, légèrement plagiocéphalique, avec frontal droit un peu saillant en avant, et occipital gauche un peu plus saillant en arrière. Les *sutures* sont finement dentelées. Les angles antérieurs et postérieurs des pariétaux sont transparents. Le crâne est un peu épais, fortement coloré à la coupe, dense, *relativement lourd*. Pas d'os wormiens. Les bosses frontales et pariétales sont encore grises et comme graisseuses. (avril 1906). *Très peu de liquide céphalo-rachidien*. *Dure-mère* d'épaisseur moyenne,sans fausses-membranes,ni ecchymoses. Rien de particulier dans les sinus.Les différentes fosses de la base paraissent symétriques. La pie-mère du cervelet est un peu injectée. Les nerfs et les bandelettes optiques sont bien développés. Tubercules mamillaires petits. Glande pinéale normale. Pas de dilatation des ventricules latéraux. On remarque une fine injection de la pie-mère, sans ecchymose. *Sclérose atrophique* d'une partie du lobe occipital et de la partie postérieure du lobe temporal surtout de T 3. La lésion de la face interne prédomine sur les circonvolutions antérieures du lobe occipital ; en arrière les circonvolutions sont plus maigres.

Poids du cerveau................	795 gr.
Cervelet et isthme...............	85 gr.
Hémisphère cérébelleux droit......	35 gr.
Hémisphère cérébelleux gauche....	35 gr.
Hémisphère cérébral droit.........	360 gr.
Hémisphère cérébral gauche.......	350 gr.

Hémisphère gauche : tout le lobe temporal est ferme et en particulier la corne d'Ammon; la couche optique est sclérosée dans sa partie antérieure. Le corps strié n'offre rien de particulier. Les lésions de *méningo-encéphalite* occupent F 1 et F 2, la partie postérieure et les deux tiers inférieurs de F. A. qui est maigre. Le sillon de Rolando est tout à fait net. On remarque de l'adhérence du pli pariétal inférieur. Insula, rien de particulier. Sur la face interne, les *circonvolutions sont très grêles*. Adhérences de la pie-mère sur la partie postérieure de F 1 sur la circonvolution du corps calleux sur le tiers postérieur du lobe orbitaire. Les circonvolutions non sclérosées sont molles. Le corps calleux n'a rien de particulier il est seulement un peu maigre.

Hémisphère droit : La pie-mère s'enlève facilement ; nulle part on ne trouve d'adhérences. D'une façon générale les circonvolutions sont un peu maigres principalement en arrière de P. A. Sur la face interne même gracilité.

Sclérose très prononcée du lobe quadrilatère ; les *circonvolutions sont comme vermicellées*. Ventricule latéral, corne d'Ammon, corps striés normaux.

Nous avons donc à la fois sur l'hémisphère gauche de la *sclérose atrophique* et de la *méningo-encéphalite*, sur l'hémisphère droit, nous n'avons pas de *méningo-encéphalite*.

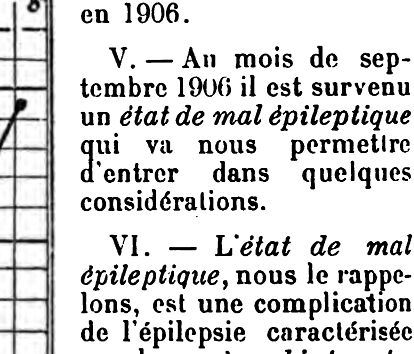
I. — Au point de vue de l'hérédité, nous n'avons à citer que les nombreux excès de boisson du père (absinthe) et des excès semblables, moins nombreux chez le grand-père maternel.

II. — Il s'agit là d'un état congénital, dénoté par les accès de cris, durant les quatre premières semaines ; de là un retard de la marche, de la propreté, de la parole. Signalons aussi l'affaiblissement du bras droit et la clastomanie. Cet état a été aggravé par des convulsions à 16 mois et à 2 ans 1/2. Les convulsions prédominaient à droite ou étaient limitées à ce côté. Elles ont été suivies de paraplégie, d'accès de colère, de krouomanie, de grincements de dents.

III. — En janvier 1900, l'enfant, qui n'avait pas eu d'accès d'épilepsie chez elle a une sorte d'état convulsif ; l'épilepsie véritable semble débuter en juillet, par un accès et 18 vertiges. En 1903, on compte 225 accès et 188 vertiges. La coexistence des accès et des vertiges

semble lui faire perdre le peu d'intelligence qu'elle possédait.

IV. — La marche de l'épilepsie a été grave. Les accès et les vertiges ont été nombreux, surtout les premiers. Le *polybromure* et le *bromure de camphre* ont été donnés régulièrement sans grand succès. Toutefois, ce dernier médicament paraît avoir eu une action sur les *vertiges* qui sont allés en diminuant dans la dernière moitié de 1905 et en 1906.



V. — Au mois de septembre 1906 il est survenu un *état de mal épileptique* qui va nous permettre d'entrer dans quelques considérations.

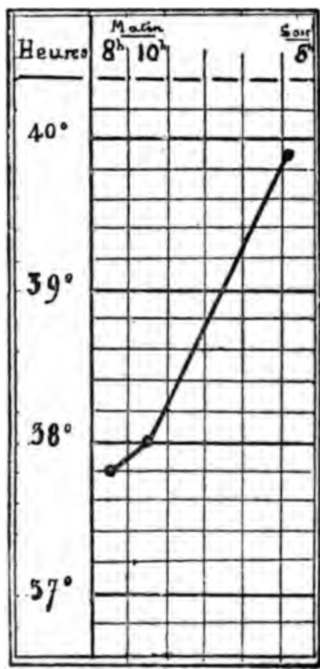


Fig. 1.

VI. — L'*état de mal épileptique*, nous le rappelons, est une complication de l'épilepsie caractérisée par des accès ***subintrants***, variant de quelques-uns à plusieurs centaines (229 accès dans le cas présent), survenant d'emblée ou progressivement, sans retour de la connaissance, accompagnés constamment d'une *élévation de la température*, comprenant une période *convulsive* et une période *méningitique*, séparés en général par une rémission plus ou moins courte, pour se terminer par la mort, après l'une ou l'autre période, ou par la guérison. Ici, il n'y a qu'une période, la période convulsive. Le nombre des accès a été considérable. Dans certains cas, il peut être limité à quelques-uns. Au lieu de s'accompagner d'une *élévation de température* de quelques dixièmes ou d'un degré de

température, *comme c'est la règle*, le premier accès se termine par un accroissement d'un ou deux degrés, la connaissance ne reparaît pas, un second accès apparaît,

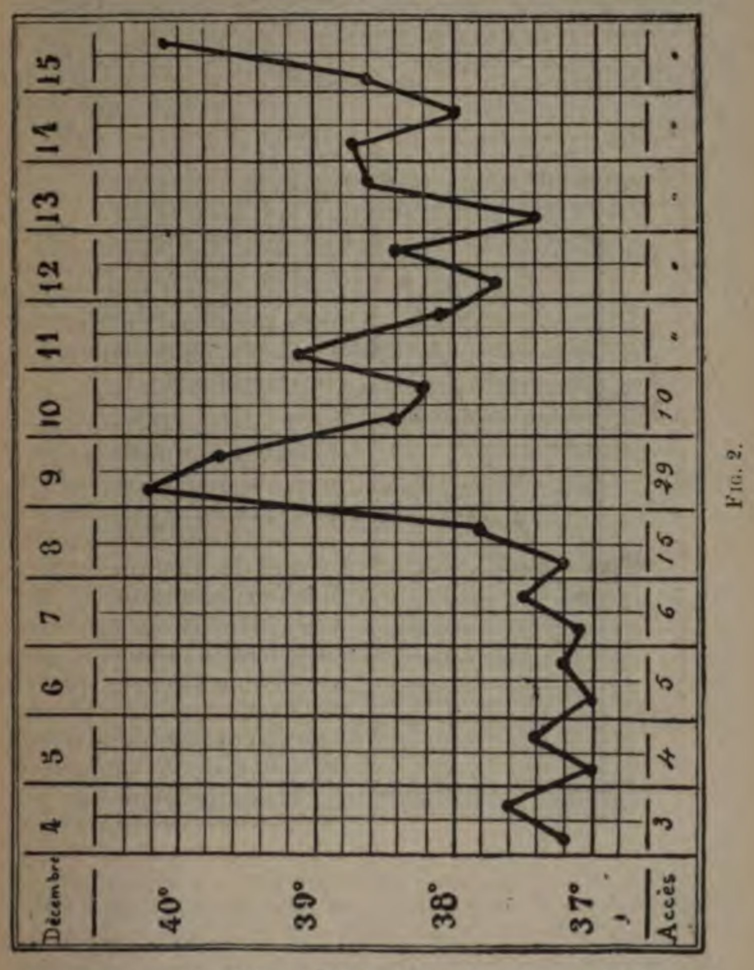


Fig. 2.

la température s'élève, l'état de mal est constitué et la mort peut arriver. (*Fig.* 1). Mais le plus souvent la période convulsive comprend nous le répétons un grand nombre de cas.

Dans d'autres cas, après cette période convulsive, les accès cessent, la connaissance revient, la température s'abaisse. Cette amélioration dure 2 ou 3 jours, alors éclate la *période méningitique* : contractures partielles, roideurs de la nuque, injection oculaire, grincement de dents, raies caractéristiques, etc., la température s'élève de nouveau, ces deux circonstances peuvent se produire : l'état de mal se termine par la mort avec

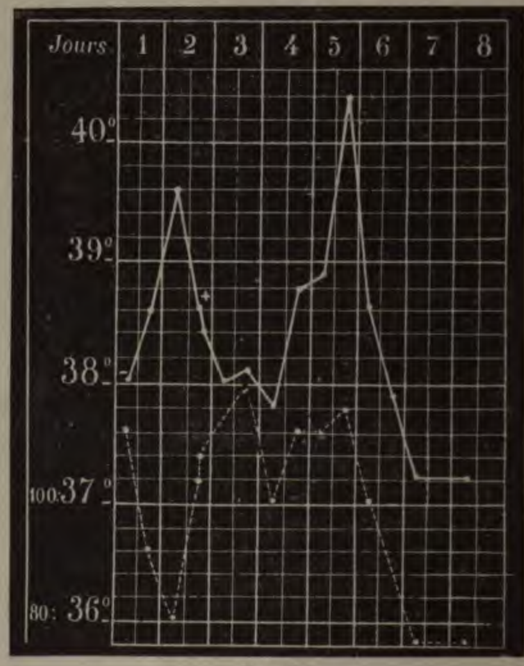
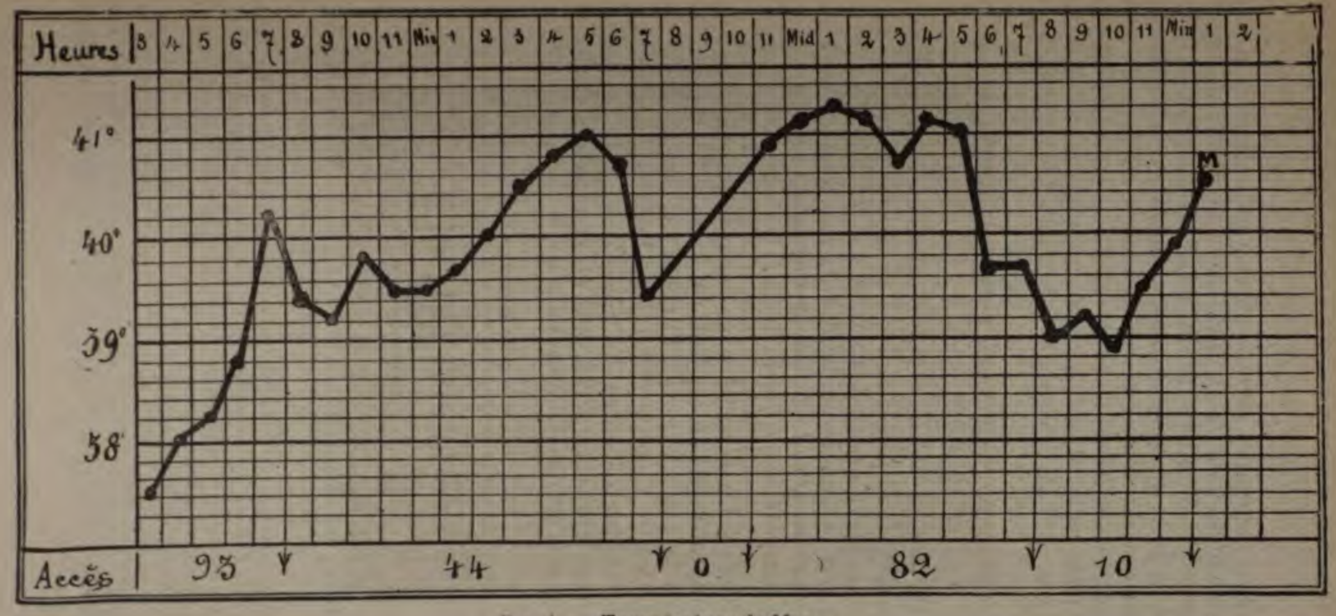


Fig. 3.

unélévation de la température qui atteint jusqu'à 40°, (*Fig*. 2), 41° et même 42°, ou bien tous les symptômes se dissipent progressivement, la température redevient normale (*Fig*. 3).

Le *traitement* varie. Naturellement on a recours aux bromures, au bromure de potassium, que nous avons prescrit à la dose de 14 gr., aux polybromures, au bro-



F.G. 4. — Température de Mar...

mure de camphre, aux purgatifs, spécialement à l'eau de-vie allemande, aux lavements laxatifs ; au nitrite d'amyle, à l'éther, au chloroforme, au bromure d'éthyle, au sulfate de quinine. Parmi les médicaments externes, citons en tête la saignée et les ventouses sèches contre les phénomènes asphyxiques, les lotions vinaigrées, les sinapismes, les bains sinapisés ; les injections de sérum ne nous ont pas donné de résultats sérieux. Nous préconisons surtout les drastiques, la saignée, les ventouses sèches, la quinine, l'éther prolongé, le chloroforme.

VII. — Cette observation renferme, comme toujours, la température pendant les 6 premiers jours de l'admission, les tableaux des accès, des vertiges, la mensuration de la tête, le poids et la taille, de manière à suivre la croissance, le poids des organes, enfin le tableau de la température après le décès.

VIII. — La figure 4 représente la marche des accès et la marche de la température. Durant les 6 premières heures le malade a eu 139 accès ; sa température s'est élevée à 41°. Ensuite elle a été plusieurs heures sans accès et la température s'est abaissée à 39°4. La mort est survenue après 229 accès. Ici l'état de mal ne s'est composé que d'une période convulsive.

REVUE CRITIQUE

Grundzüge der Psychiatrie, par FRANZ. C. R. ESCHLE Berlin et Vienne, Urban et Schwarzenberg, 1907.

Cet ouvrage est divisé en trois parties respectivement consacrées à la sémiologie générale, aux « formes cliniques de la folie » et à l'étude médico-légale des états mentaux douteux.

La première partie passe successivement en revue les troubles intellectuels, les troubles affectifs et les troubles originels de la volonté, sous les titres d'insuffisance distinctive, affective, appétitive. Un tel plan, adopté assez fréquemment autrefois, a été fortement critiqué; il paraît, en effet, mieux convenir à la rigueur

d'un psychologue enchaînant les déductions à la manière des géomètres, qu'à la libre sincérité d'un clinicien exposant ses souvenirs. Mais l'auteur avait sans doute pour objectif de classer les symptômes pour la critique ultérieure des formes adoptées, et de montrer leurs rapports réciproques ; il a volontairement laissé de côté les descriptions surannées, et les considérations pathogéniques sans application possible ; ses fréquentes restrictions montrent en outre qu'il ne fut jamais dupe de l'exactitude apparente de sa méthode. Voici d'ailleurs, comme exemple, le résumé du chapitre concernant les troubles de l'intelligence.

L'insuffisance distinctive *qualitative* est l'origine des deux formes de l'erreur pathologique, l'idée délirante et la représentation obsédante. La première peut résulter d'erreurs des sens (illusions, hallucinations) « grâce à l'action constamment renouvelée de processus analytiques et synthétiques ». Elle peut aussi provenir de l'absence de contrôle de sensations récentes par les expériences antérieures. Mais ce manque de contrôle n'est pas toujours l'effet de la faiblesse du jugement ; sous l'influence de l'élément affectif morbide qui accompagne régulièrement l'idée délirante, les souvenirs latents qui, par le mécanisme de l'association, servent à contrôler les sensations nouvelles, ne se présentent plus à la conscience que d'une façon désordonnée. Les impressions nouvelles sont ainsi non seulement interprétées dans le sens de l'idée délirante, mais encore transformées en illusions. Suit l'étude des idées délirantes les plus typiques et de leurs rapports avec le moi.

L'obsession diffère de la première forme de l'erreur pathologique par le rôle prépondérant des associations qui servent à juger les sensations : ce n'est pas la critique qui manque à l'obsédé, mais la faculté de confiner dans leurs limites normales les représentations latentes à l'arrière-plan de la conscience, pour ne s'en servir que lorsqu'elles sont utiles au développement des associations conscientes.

Les troubles qualitatifs de la mémoire comprennent les déformations et les erreurs de souvenirs, différant les unes des autres comme les illusions des hallucinations,mais souvent difficiles à distinguer en pratique : le groupement et la liaison des souvenirs ont-ils été seuls altérés, ou bien y eut-il liaison associative de souvenirs déjà faussés ? D'autre part, ces troubles peuvent être combinés avec des troubles *quantitatifs*. Ceux-ci comprennent l'affaiblissement de la mémoire de fixation, de conservation, la perte des images verbales, la faiblesse du jugement.

Enfin au point de vue de ses *manifestations psycho-motrices*, l'insuffisance distinctive primitive peut altérer :

Le décours normal des représentations : désorientation, incohérence complète ou dissociation ; troubles de la reconnaissance, entraînant la pseudo-paraphasie ou mieux la « paraphasie

associative » et la parapraxie consistant en dénomination et emploi vicieux des objets, sans qu il y ait des illusions ou des hallucinations ; désordre des actes, paramimie. L'auteur rapproche même de ces troubles les inversions de lettres et de syllabes à l'intérieur des mots ; mais une longue étude de tous ces symptômes corrige ce que ce rapprochement offre au premier coup d'œil d'un peu forcé et se termine par de prudentes conclusions sur le diagnostic de la nature, motrice, sensorielle ou associative, de la paraphasie.

L'aperception : diminution de l'attention (aprosexie), ou son exagération (hyperprosexie) se traduisant souvent par de l'incohérence : « l'attention, déchaînée, va de sensation en sensation sans s'arrêter à aucune. En même temps, les souvenirs latents, plus faciles à réveiller, permettent à des sensations insignifiantes, normalement incapables d'attirer l'attention, de la détourner des sensations fortes et de former des représentations ».

Le temps de l'association des idées : ralentissement allant jusqu'à l'inhibition de la pensée ; accélération : fuite des idées, logorrhée, stéréotypie chez les individus mal doués, ou verbigération, salade de mots. A l'incohérence primaire, due au trouble dans la liaison des représentations, est opposée l'incohérence secondaire qui comprend les degrés les plus élevés de la fuite des idées.

Dans la deuxième partie, l'auteur s'est appliqué à justifier la classification généralement adoptée aujourd'hui, au moins dans les ouvrages didactiques, plus qu'à reprendre ou à modifier les descriptions faites antérieurement. Voici l'énumération des formes à chacune desquelles il consacre un chapitre et dont il ne sera plus fait mention dans ce compte rendu : confusion aiguë hallucinatoire, démence aiguë ou stupidité curable, folie sénile et présénile, psychoses toxiques, folie épileptique, hypochondrie, névroses et psychoses traumatiques.

L'auteur dit n'avoir adopté qu'après de longues hésitations la conception de Krapelin sur la *folie mani-dépressive*, « forme primitive, qualitative, quantitative, et psycho-motrice, de l'insuffisance affective », parfaitement distincte de tous les autres groupes de troubles mentaux : les seules formes intermédiaires connues sont certains « états psychologiques qui se développent sur un fond neurasthénique. » Parmi les troubles secondaires d'insuffisance distinctive et appétitive, l' « insuffisance dans la persévérance » de l'état maniaque est opposée, un peu schématiquement, à l' « insuffisance dans la résolution » de l'état mélancolique.

L'historique est très sommaire, notamment au sujet des raisons pour lesquelles Falret, Baillarger (non cités, d'ailleurs) et d'autres observateurs ont édifié, à côté de la manie et de la mélancolie, les diverses formes, assez mal différenciées les unes des autres, de ce

qu'on appela plus tard la folie intermittente. Il est vrai, si l'on veut, qu'ils considéraient surtout « les cas relativement rares où il y a retour fidèle des symptômes maniaques et des symptômes dépressifs, et passage brusque des uns aux autres », mais ils n'ignoraient aucun des caractères psychologiques communs aux états extrêmes ; ils n'ont pas non plus méconnu les parentés cliniques des accès pour lesquels on emploie aujourd'hui les désignations de stupeur maniaque, manie coléreuse, excitation dépressive, etc. L'auteur insiste par contre sur les formes mixtes à brusques alternatives, et sur celles où l'on observe un véritable mélange, non pas des processus fondamentaux communs, tels que l'aprosexie et la faiblesse de l'idéation, mais des symptômes propres de la manie et de la mélancolie ; dans ces cas, toutefois, le polymorphisme affectif présente-t-il un des caractères que la doctrine unificatrice considère comme essentiels ? Est-il bien primitif ?

La dispute des deux écoles ne serait pas justifiée si elle n'avait pour pivot qu'une colonne de statistique. Elle rappelle en effet les discussions célèbres qui, dans d'autres parties de la pathologie, ont porté sur l'unité ou la dualité de tels facteurs étiologiques ou de tels substrats anatomiques. Mais, actuellement du moins, elle est d'un tout autre ordre.

Pour affirmer, en effet, que « tous les travestissements de la folie mani-dépressive manifestent un même processus fondamental, qu'ils sont équivalents, de même que les multiples formes aberrantes de l'accès épileptique », que, là où antérieurement on voyait plusieurs psychoses ou plusieurs syndromes, il n'y a plus qu'une psychose bien définie, un seul trouble fondamental, commun non seulement aux deux formes symptomatologiques extrêmes mais à l'immense variété des formes évolutives, il ne suffit peut-être pas d'avoir résolu la question de « l'intervalle lucide », ni de constater, longtemps après un accès isolé, des troubles rappelant la forme affectée par celui-ci et tranchant plus ou moins sur les autres éléments du caractère du sujet ; il faudrait, semble-t-il : 1° par l'examen des malades à distance des accès et par la reconstitution de l'état psychique habituel antérieur à la première manifestation, mettre en lumière un trouble élémentaire logiquement capable de présider à la manie et à la dépression ; 2° déceler les conditions étiologiques qui régissent l'évolution de la psychose, créant tantôt l'alternance régulière, l'intermittence ou la double forme, etc., tantôt les accès isolés ou les accès récidivant à de très longs intervalles : si manie et dépression son toujours conjuguées, pour quelles causes, l'état dépressif est-il, dans certains cas, assez court et assez vague pour passer inaperçu, tandis que dans d'autres il constitue à lui seul tout l'épisode ?

En attendant, la doctrine uniciste n'a que le mérite de rappe-

ler les parentés psychologiques des syndromes extrêmes, et, ainsi que le fait remarquer l'auteur, d'attirer l'attention de l'investigateur sur certaines particularités symptomatiques, sur les formes mixtes et de transition, et sur les stades de début; mais elle ne pénètre pas dans le cœur de la question et ne justifie pas ses prétentions à avoir posé et résolu un problème d'étiologie et de pathogénie. On ne peut nier, mais elle ne peut affirmer la réalité d'une prédisposition commune et propre à toutes les formes évolutives de manie et de dépression pures.

Il semblerait, à lire les pages consacrées au « développement historique du concept *paranoia* », et à parcourir la table des matières, que cette forme ait effacé jusqu'au souvenir des groupements nosographiques qui l'ont préparée et des noms d'auteur qui servent souvent encore à les désigner : les évolutions récentes de la paranoia, les plus instructives effectivement, sont seules envisagées : « Faute d'une bonne définition, on alla jusqu'à parler de paranoia aiguë curable pour des cas de confusion asthénique hallucinatoire, et de paranoia périodique pour des cas relevant de la folie maniaque dépressive. » Puisque, aujourd'hui, il n'en est plus ainsi, les définitions ont prouvé leur utilité, et l'on peut le collectionner sans avoir à redouter un pronostic désobligeant ; voici donc celle du concept en question : « Déplacement durable du point de vue duquel le malade envisage le monde extérieur. Les pensées et les volitions ont conservé dans leur intégrité leur ordre et leur clarté, que les actes, mettent d'ailleurs en lumière ; mais le sujet en fait usage pour subordonner avec une certaine logique tous les faits qui le concernent à une représentation pathologique dominante ; celle-ci est le point de départ d'un système irrationnel, homogène, inébranlable qui se complète petit à petit ». Tous les traits de la description qui suit accentuent encore le contraste avec le délire chronique de Lasègue et de Magnan : trouble intellectuel (παρα νοῦν) exclusivement qualitatif, tout d'abord manifesté par un naturel irritable, porté au pessimisme ; puis méfiance à l'égard d'une personne ou d'un groupe de personnes, crainte des préjudices, insuccès divers, préoccupation par des problèmes ordinairement insolubles mais non absurdes, rareté des erreurs sensorielles proprement dites et prépondérance des souvenirs faussés faciles à prendre pour des hallucinations ; conduite longtemps irréprochable, affaiblissement intellectuel assez tardif et assez lent pour permettre au malade de conserver jusqu'au terme normal une situation même délicate et de ne manifester son délire que par quelques singularités auxquelles ne font même pas toujours suite de véritables inconséquences ; l'internement n'est le plus souvent pas nécessaire. Les idées de grandeur peuvent être contemporaines de celles de dommage subi ou de persécution et collaborer avec celles-ci à la

création du système, toujours sans modification du « noyau de la personnalité ».

Deux formes connexes : la folie quérulante et la paranoia hypochondriaque, forme rare, caractérisée par l'existence d' « une idée de persécution au centre des conceptions délirantes concernant la santé ». Mais où placer les cas, d'ailleurs extrêmement variés, où, à défaut du vice originel mentionné plus haut, des hallucinations jouent le rôle principal, du moins à partir d'une certaine période, et, par leurs assauts répétés, hâtent plus ou moins la ruine de l'intelligence ? Quand prendra fin l'interminable match international qui tient pour le moment à distance de l'échiquier tant de pièces autrefois casées !

Même schématisme, évidemment voulu pour la *mélancolie d'involution*, « effet d'une sénilité précoce, sans aucune analogie avec l'involution de la femme,... trouble affectif à début lent, manifesté par des états d'agitation et d'angoisse qui soumettent la malade à une véritable torture et rejettent à l'arrière-plan tous les autres symptômes ». Pourtant, et conformément encore à l'opinion de Kræpelin, l'auteur admet que les édifications délirantes basées sur l'accablement insurmontable du moi font partie essentielle du tableau clinique : pas de confusion ; erreurs sensorielles rares et ne consistant guère qu'en illusions. La terminaison habituelle par la démence sénile n'est pas un des traits les moins caractéristiques qui distinguent cette forme des états dépressifs de la psychose mani-dépressive.

La *folie par obsession*, « la plus fréquente des psychoses qui se développent sur le terrain de la neurasthénie », englobe tous les troubles mentaux pour lesquels les racines grecques sont si volontiers mises à contribution, dont la « phobophobie » représente la quintessence, et qui furent autrefois décrites par des auteurs français sous les titres de « paranoia abortive, folie du doute, folie avec conscience, folies à idées imposées, pseudomonomanie, impulsions intellectuelles, délire émotif. ». L'auteur insiste particulièrement sur la forme très grave où le sujet n'est débarrassé de son angoisse qu'après avoir commis l'acte qu'il réprouve et dont il envisage et redoute les suites, forme qui conduisit à rapprocher les troubles mentaux par obsessions des états différenciés par Kræpelin sous le nom de « folie impulsive ». Cette distinction est légitime ; « elle fut en effet rendue nécessaire par la confusion due à l'emploi du mot français obsession, — lequel s'applique non seulement aux représentations obsédantes, mais aux impulsions, aux phobies et aux idées fixes — comme synonyme de folie d'obsession (Zwangsirresein) ». Suit une intéressante critique des substantifs composés qui durent leur formation « à une définition insuffisante » : angoisse obsédante, hallucinations, sensations obsédantes (Zwangsangst, etc.) L'obsession peut d'ailleurs perdre

quelques-uns de ses caractères pendant des périodes plus ou moins longues : il arrive alors qu'elle ne réveille plus, en surgissant dans la conscience, ses réactions habituelles ; le diagnostic est alors difficile, d'une part, avec certains états hystériques et épileptiques, d'autre part, avec des états catatoniques et paranoïaques.

La définition suivante protégera-t-elle l'*hystérie* contre les projets de démembrement qui menacent encore d'en faire un *caput mortuum* ou tout au moins *moriturum* ? « Combinaison de symptômes de nervosisme et de neurasthénie, avec impossibilité, malgré l'absence de tout substrat organique connu, de synthétiser en une unité harmonique et convenable toutes les existences (die Einzelexistenzen) du complexus psycho-somatique ». On peut admettre que, chez le nerveux, la force musculaire est conservée et qu'il y a seulement impossibilité de modérer les réflexes et les actes volontaires ; que, chez le neurasthénique, au contraire, il y a déficit d'énergie nerveuse, capable d'entraîner des paralysies passagères pouvant elles mêmes alterner avec les manifestations de la faiblesse irritable.

Nervosiques ou neurasthéniques par une de leurs faces, les éléments symptomatiques seraient hystériques parce qu '« ils dépendent de représentations diverses dont chacune est une réaction à une excitation périphérique et se porte ainsi isolément au premier plan de la conscience ; mais ces représentations ne trouvent pas à se raccorder à celles dont la collaboration est capable de les modifier et forme seule la totalité de la personnalité consciente de son moi ». Tout se rapporterait à une perversion de l'innervation : troubles par exagération (algies), perversion ou diminution passagère de la sensibilité ; troubles moteurs, tous dus à ce que « les *impulsus* sont engagés dans une direction en désactcord avec la représentation volontaire réelle ». Ces troubles (paralysies, tremblement, spasmes, pseudo-contractures) portent en somme sur la coordination, que ce soit l'aboulie ou bien l'hypercinésie qui prédomine. Cette surabondance de vues théoriques alourdit un peu l'étude des spasmes et des contractures hystériques et leur comparaison avec certains symptômes de pathogénie analogue (tics, chorées, etc).

Les travaux français sur la *débilité mentale congénitale* sont également laissés de côté, sauf pourtant ceux du Dr Sollier, dont l'auteur reconnaît s'être inspiré pour opposer les formes apathiques de l'imbécillité et de la débilité (vagabondage, mendicité) aux formes « versatiles », éréthiques (crimes et délits, surtout sexuels). Il préconise pour le traitement des sujets améliorables un enseignement individuel basé sur un programme strictement adapté aux défectuosités de l'enfant, grâce à une étude méthodique de son intelligence d'après la méthode de Rieger, et grâce à

l'emploi de la méthode de Stadelmann pour déceler la forme d'associations prédominante (phonétiques ou avec jugement).

Sous le titre de *caractère pathologique* sont rangées les « formes dégénératives, constitutionnelles, de l'insuffisance appétitive », des plus graves (folie morale) aux plus légères, que puissent offrir ces sujets « que les auteurs français appellent des déséquilibrés et auxquels tant d'efforts cherchent aujourd'hui à procurer le bénéfice d'une responsabilité atténuée. » Dans ses définitions et dans l'analyse des symptômes, l'auteur se place avec raison au point de vue social : les conflits entre l'individu taré et la société sont en effet le meilleur des réactifs pour mettre en évidence le vice de la volonté qui soustrait celle-ci aux leçons de l'expérience.

La *démence précoce* conserve ses trois formes classiques et l'on mentionne seulement les parentés cliniques, la multiplicité des symptômes et la variété d'allures de chacune d'elles. Tout lecteur retrouverait sans doute en ses souvenirs plus d'un cas s'adaptant à merveille aux diverses descriptions données ; mais n'aurait-il pas à se demander si le nombre des cas non classés, ou classés par complaisance pour une doctrine bien présente à l'esprit, par faute de mieux,si l'on veut, par nécessité administrative, est moindre aujourd'hui qu'au temps où rien ne faisait prévoir la création des nouvelles entités ? Il pourrait alors retenir le significatif aveu échappé à l'auteur pour la paranoia, « la maladie universelle qui, il y a vingt ans à peine, fournissait 70 à 80 pour cent de la population des asiles et des cliniques, et qui maintenant ne comprend guère que le centième du matériel (*sic*) reçu. »

Démence précoce, *paralysie générale*, ces deux entités auront-elles le même sort ? La vieille gloire de notre jeune compatriote doit-elle voir une rivale en la jeune gloire d'un savant Munichois? Le Dr Eschle ne fait pas l'historique. De son article très fourni et très intéressant je ne relèverai que le rôle secondaire, rôle de simple « cause occasionnelle »,qu'il attribue à la syphilis dans l'étiologie du tabès et de la P. G. : la « cause directe » consisterait en « la prédisposition congénitale et un facteur social ».

Dans la *troisième partie* du livre, après un chapitre consacré aux *principes généraux de l'expertise*, l'auteur étudie *la responsabilité, la faute et la peine*. Il n'a pas craint d'aborder à ce propos « l'antique question de la libre détermination de la volonté », non sans avoir prévenu le lecteur que « seules, une enfantine ignorance et une lourde polémique pouvaient exiger ici un simple oui ou un simple non, et que l'analyse psychologique des préstades de l'acte volontaire était indispensable pour jeter quelque clarté sur ce désordre ». C'est là prendre le dilemme par les cornes avec un courage qu'on n'a guère pendant les chaleurs ; mais point n'était besoin d'une excursion de quatre grandes pages, à la suite de Kant, dans le domaine du macrocosme et de la raison pratique pour

finir par conclure ainsi : « Y avait-il, au moment de l'acte, l'état psychique auquel la conception populaire du droit attribue la responsabilité pénale ? Telle est en somme la question posée par le législateur. »

Dans les deux derniers chapitres, l'*état mental au point de vue pénal, — au point de vue civil*, on retrouve, au même degré que dans les précédents, un ordre et une rigueur qui ont ici l'avantage de rendre particulièrement facile la comparaison des législations et des jurisprudences allemandes et françaises sur ces points particuliers. Ch. BONNE.

ASILES D'ALIÉNÉS

La Maison d'Aliénés de Mombello.

(*Province de Milan.*)

Par le Dr **A. MARIE.**

La maison d'aliénés de Mombello, dans la commune de Limbiate se trouve à 18 kilomètres de Milan ; elle est proche de la station du chemin de fer de Bovisio (ligne de Milan-Erba). Construite sur une hauteur par pavillons séparés, elle occupe une aire de 109.440 mètres carrés avec derrière jardin potager de 119,210 mètres carrés. Toute cette superficie est entourée d'un mur de la longueur de 2.160 mètres, haut de 3 mètres ; du côté sud il est de 600 mètres et au Nord de 700). Dans le centre de l'aire antérieure, l'entrée de l'Asile a une grande grille en fer, longue de 28 mètres et haute de 3 ; ajoutons un terrain de 48.220 mètres carrés cultivable pour pâturage et 19.000 mètres carrés pour faire un jardin maraîcher dans l'enceinte. (Fig. 5, 6, 7, 8).

De la maison d'aliénés on a une vue magnifique du côté de l'ouest sur la pittoresque chaîne du Simplon avec le mont Rose et à main droite le mont Generoso, les montagnes les lacs de Côme et Lugano. Une immense plaine s'étend vers le sud avec des champs de cultures sans fin que coupe la silhouette de Milan au loin et celle des Apennins à l'horizon extrême.

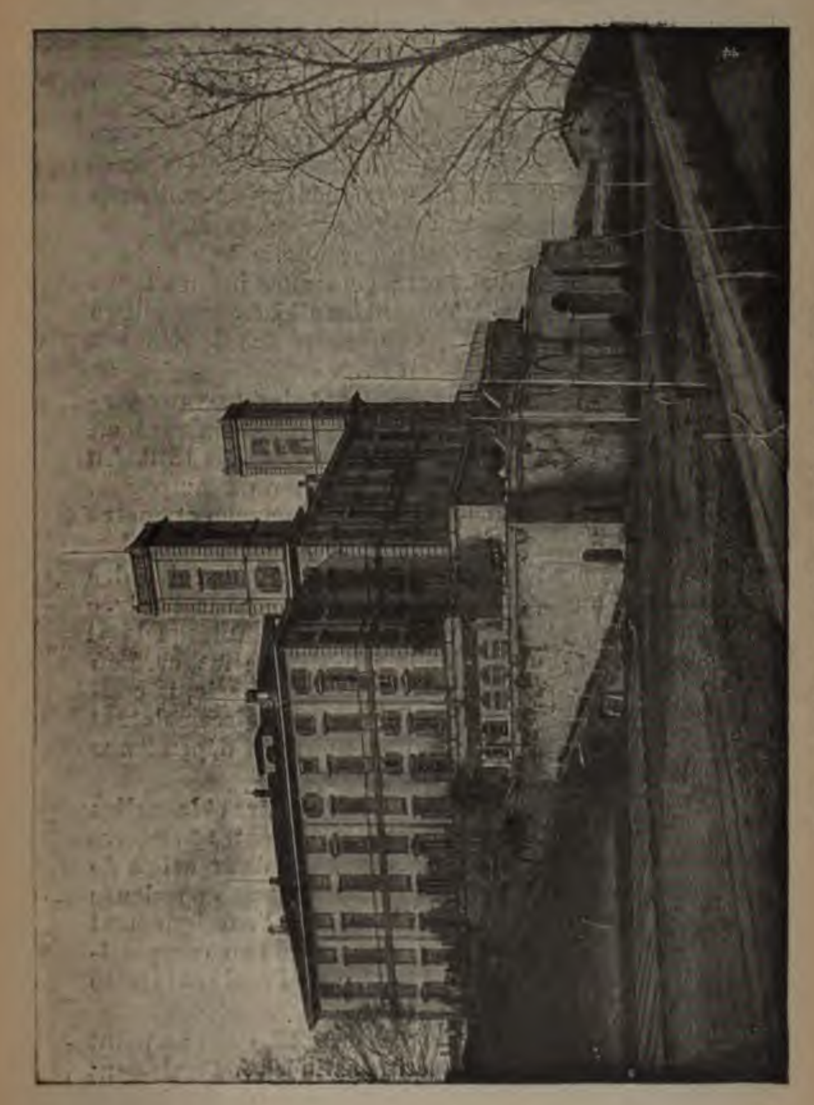


Fig. 5.—Pavillon central (ancien palais), à Mombello.

La maison d'aliénés en 1895, comptait deux grands bâtiments réunis, au superbe palais Crivelli, l'un pour les femmes, l'autre pour les hommes et une autre maison champêtre en contrebas. Le palais datant du XIVe siècle, est devenu célèbre par le séjour de Bonaparte de mai à novembre 1797 ; dans l'oratoire eut lieu le mariage de ses sœurs Pauline (avec le général Leclerc) et Elisa (avec le capitaine Baciocchi). Là furent signés les préliminaires de Leoben et préparé le traité de Campo-formio.

En 1865, Mombello devint la succursale de la maison principale milanaise d'aliénés ; cela dura jusqu'à la fin de 1878, elle recevait spécialement les aliénés tranquilles et travailleurs ; la population composée des deux sexes montait à 300 en 1867 et 400 en 1870.

C'est en 1873, que furent commencés les travaux terminés en 1878, à Mombello, et qui le transformèrent en maison d'aliénés unique pour la province, dès 1879. Au palais historique s'ajoutèrent une maison de campagne, puis six pavillons indépendants, deux à gauche et quatre à droite.

Le compartiment masculin a été séparé de celui des femmes en deux grands édifices : l'un regarde l'entrée de la direction, et l'autre les bureaux devant lesquels il y a un grand jardin. Un atelier de tissage fut créé en 1882, une matelasserie en 1884, la cordonnerie, la confection des paillassons et l'atelier de menuiserie datent de 1905, avec la serrurerie et une nouvelle dépendance des laboratoires anatomo-pathologiques.

Du côté des femmes se trouvent le vestiaire et les salles de travail pour la couture et lingerie. Au centre se trouve un bâtiment à un seul étage contenant deux salles de baignoires pour les aliénés tranquilles et une spacieuse salle de théâtre utilisée depuis 1905, pour l'enseignement des infirmiers. Une villa séparée contiguë au compartiment féminin, a été érigée en 1882, pour l'école et la mise à part des enfants arriérés.

D'autres constructions élevées en 1887, dans un point éloigné du jardin potager sont destinées à l'isolement des maladies contagieuses et à la chambre de dépôt mortuaire. En 1898, dans l'enceinte du jardin potager, on a bâti une grande buanderie avec étuves et séchoirs et les



Fig. 6. — Pavillon des aliénés criminels, à Mombello.

La maison d'aliénés [illegible] qu'à
bâtiments réunis, au super[illegible] omme
les femmes, l'autre pour le[illegible] l'eau
champêtre en contrebas. [illegible] du vieux
est devenu célèbre par le [illegible]
à novembre 1797 ; dans le [illegible] trois pa-
ses sœurs Pauline avec [illegible] des deux
le capitaine Baciocchi. Le [illegible] rez-de-chaussée
de Leoben et préparé l[illegible] salles de

En 1865, Mombello [illegible] Enfin un
principale milanaise [illegible] intérieur à
de 1878, elle recevait [illegible] surveillance a été
et travailleurs ; la pop[illegible] mâles.
montait à 300 en 1867 [illegible] it ces divers

C'est en 1873, que [illegible] ots de trans-
minés en 1878, à Mo[illegible]
maison d'aliénés [illegible] étages reste en
palais historique [illegible] chaussée sont les
puis six pavillons [illegible] infirmeries, bains ;
à droite. [illegible] et cabinets de

Le compartim[illegible] promenade des mala-
femmes en deux [illegible] arcades suffisantes
de la direction, [illegible] pluvieuses ou trop
y a un grand ja[illegible] de deux mètres
1882, une matel[illegible] genre ripolin,
fection des pail[illegible] en ciment dans les
de 1905, avec l[illegible] grilles légères aux agi-
des laboratoire[illegible] bâtiments anciens,

Du côté des [illegible] — L'eau potable est
de travail pour [illegible] bouches d'incendies
un bâtiment à [illegible]
baignoires po[illegible] métalliques et matelas
salle de théât[illegible] lavé et est peu inflamma-
des infirmier[illegible] à l'infirmerie et celui
ment fémini[illegible] se fait avec de solides
à part des e[illegible] roues métalliques caout-

D'autres [illegible] descend à la buanderie et le
éloigné du [illegible] au moyen d'un funiculaire
des maladie[illegible] circulaire (l'un entraînant
tuaire. En 1[illegible] opposée). — Les habits des
bâti une gr[illegible] avec caleçons et tricots à mailles.

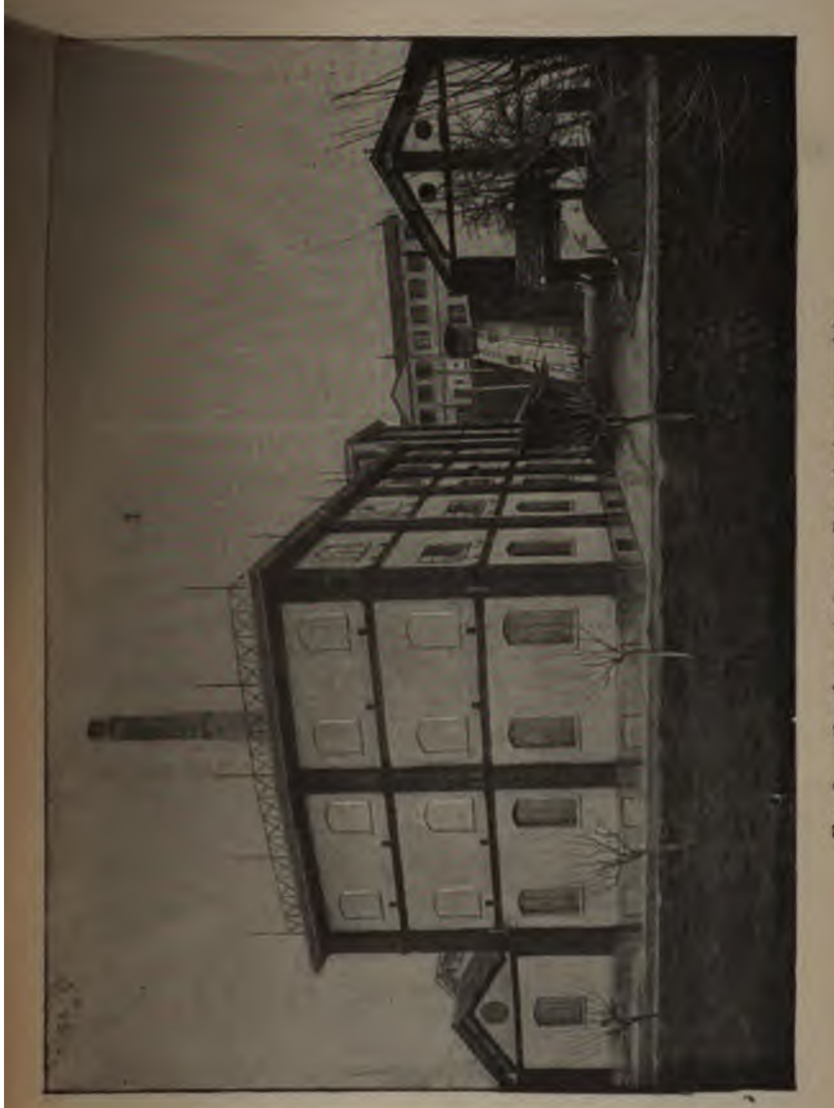


Fig. 8. — Services généraux. Buanderies et machines.

machines nécessaires à leur fonctionnement ainsi qu'à la production de l'énergie électrique employée comme force motrice, pour l'éclairage et l'élévation de l'eau potable dans un réservoir situé sur une tour du vieux palais.

En 1900, vu l'encombrement, furent ouverts trois pavillons pour les vieux infirmes chroniques des deux sexes. En 1904, on a ouvert un service au rez-de-chaussée pour l'observation des malades entrants, avec salles de réunion, réfectoire, bains, préaux et cours. Enfin un bâtiment en U avec cours et annexes, préau intérieur à arcades, et chambres d'isolement et de surveillance a été consacré aux aliénés dangereux et criminels mâles.

Un système de galeries couvertes, réunit ces divers pavillons et un réseau de rails pour chariots de transport facilite les diverses distributions.

Une des vieilles constructions à trois étages reste en service pour les tranquilles ; au rez-de-chaussée sont les salles de conversation, réfectoires, infirmeries, bains; au premier sont les chambres à coucher et cabinets de toilette. Trois cours y servent à la promenade des malades dans la bonne saison, avec des arcades suffisantes pour s'abriter durant les journées pluvieuses ou trop chaudes. Les dortoirs jusqu'à la hauteur de deux mètres au-dessus du sol sont peints en stuc, genre ripolin, pavage à asphalte, tables de marbre en ciment dans les réfectoires, fenêtres vitrées avec grilles légères aux agités, calorifères à air chaud dans les bâtiments anciens, thermo-siphon dans les nouveaux. — L'eau potable est abondante et pure et un réseau de bouches d'incendies a été ménagé.

Les lits sont en fer avec toiles métalliques et matelas de crin végétal qui peut être lavé et est peu inflammable. — Le transport des malades à l'infirmerie et celui des cadavres à la salle mortuaire se fait avec de solides et légers chariots en fer avec roues métalliques caoutchoutées. — Le linge sale descend à la buanderie et le propre remonte au vestiaire au moyen d'un funiculaire sur rails doubles avec poulie circulaire (l'un entraînant l'autre dans la direction opposée). — Les habits des malades sont en toile, avec caleçons et tricots à mailles.

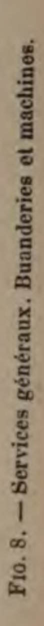


FIG. 8. — **Services généraux. Buanderies et machines.**

Les malades ont en outre des capotes de laine l'hiver; il y a trois repas par jour.

De 1.000 en moyenne de 1875 à 1880, la population de l'asile s'est élevée progressivement à 1.743 existants en 1905, avec une moyenne de 700 à 800 entrées annuelles dans ces cinq dernières années, ce qui porte l'effectif des malades annuellement traités à plus de 2.500, sur lesquels on compte de 4 à 500 sorties par guérison ou amélioration, et une mortalité de 10 ‰.

Le nombre des entrants hommes est d'un quart supérieur à celui des femmes. Les origines des entrants sont pour un peu plus de moitié de la province milanaise; leurs formes psychopathiques dominantes furent en 1905, comme d'une façon générale :

Les débilités congénitales (imbéciles et idiots).	81
Les mélancolies	113
La paralysie générale	52
Les psychoses épileptiques	67
Les folies alcooliques	127
Les folies pellagreuses	62

On remarquera ces dernières folies, disparues des nomenclatures françaises, depuis la disparition du maïs de l'alimentation courante; on retrouve d'ailleurs la pellagre parmi les causes dominantes de la mortalité (83) après le marasme simple (232), ou paralytique (160) et les complications pulmonaires et entériques, là où la tuberculose opère ses ravages ordinaires comme dans les autres asiles.

Prix de journée : 1 fr. 75
Budget total annuel : 1.170.000 fr.

Voici la répartition par section de classement du contingent actuel :

	H	F	
Tranquilles	187	210	
Demi-tranquilles	269	167	
Eleptiques	135	113	
Dangereux	119	135	1919
Chroniques	220	286	
Enfants	12	6	
En observation	27	33	

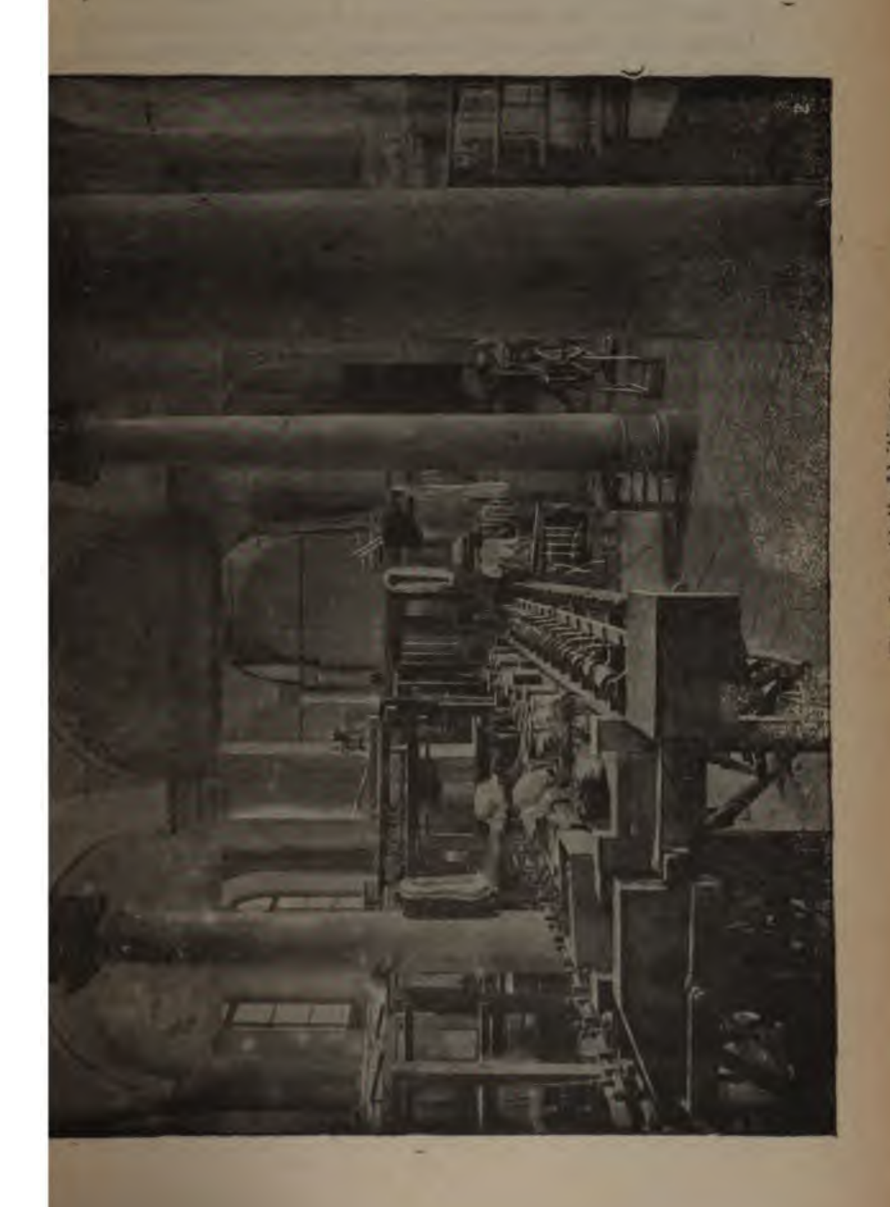


Fig. 8. — Atelier de tissage.

Depuis 1883, il y a une boucherie dans l'Asile, et depuis 1887, la fabrication du pain s'y fait par panification automatique. La boisson est du vin léger livré à petite dose et mêlé d'eau. — Les assiettes sont en terre, en aluminium et les verres en aluminium. Les aliénés se servent de cuillers et de fourchettes.

Les travailleurs, bien entendu, reçoivent des suppléments et du tabac ; les alités suivent les régimes prescrits par les médecins, et une pharmacie spéciale fonctionne dans l'Asile. On n'emploie pas de moyens de contention depuis 1900.

Cet asile, qui répond aux désideratas les plus modernes et les plus essentiels de la science psychiatrique, fait le plus grand honneur à la province de Milan et à ses directeurs qui furent successivement, depuis 1848, MM. Verga père et fils, Castiglione, Rualdi et Gonzalès.

Ayant été reçu, avec le dernier *Congrès d'assistance aux aliénés*, tenu à Milan, de façon particulièrement grandiose par l'administration et le corps médical de l'Asile, de Mombello, nous avons cru devoir en relater brièvement les grands traits avec des tableaux résumant la vie courante de cet intéressant établissement.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

I. — **Rapport sur le programme du Congrès pénitentiaire international de Washington en 1910** ; par MM. Magnan, Henri Monod et Motet. (*Académie de Médecine*, 5 févr. 1907.)

Voici les conclusions de ce rapport : *a*) de l'utilité d'établir dans toutes les facultés de droit l'enseignement des notions élémentaires de la psychiâtrie ; ces connaissances seraient des plus utiles aux magistrats et aux avocats pour éviter la méconnaissance par les tribunaux des délinquants aliénés.

b) De l'utilité d'exiger des médecins des établissements pénitentiaires des connaissances psychiatriques étendues leur permettant de constater l'état mental des condamnés au moment de leur arrivée et au cours de la détention. Cette surveillance régulière aurait pour résultat de faire connaître à l'autorité judiciaire et à l'auto-

rité administrative les cas d'aliénation mentale constatés à la prison.

c) De l'utilité de créer des établissements spéciaux intermédiaires entre la prison et l'asile d'aliénés où seraient retenus, sans être condamnés, mais pour un temps que fixerait l'arrêt ou le jugement, les auteurs de faits qualifiés crimes ou délits graves, dont l'infériorité mentale, les anomalies intellectuelles et morales auraient été reconnues par les cours ou tribunaux, après examen médico-légal ; la durée de l'internement serait abrégée ou prolongée selon l'amendement constaté dans l'état du détenu. Il ne prendrait fin que par une décision de justice rendue sur l'avis d'une commission spéciale.

d) N'y aurait-il pas lieu d'interdire dans les établissements pénitentiaires pour les condamnés alcooliques, comme on le fait dans les quartiers de traitement des alcooliques, l'usage des boissons alcooliques distillées ou fermentées. L. WAHL.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I — **Quelques points du traitement précoce des maladies mentales et nerveuses (principalement en ce qui concerne les pauvres)** ; par A. HELEN BOYLE. (*The Journal of mental Science.* octobre 1905.)

L'objet de ce travail est de montrer la nécessité d'établir sur des points nombreux du territoire, des établissements pour le traitement des maladies nerveuses et des cas de folie à la période du début où l'internement n'est pas possible. Le certificat d'internement est une frontière arbitraire entre la folie et la santé mentale ; c'est donc avant qu'il soit devenu nécessaire qu'il convient surtout de soigner les malades. Pour employer une formule moins paradoxale qu'elle n'en a l'air, la folie commence avant que la personne soit folle et c'est alors qu'il faut savoir la reconnaître et pouvoir la traiter. Une foule de troubles mentaux légers passent ainsi inaperçus pour aboutir à un suicide ou à une forme incurable d'aliénation.

Fait-on, en Angleterre, tout ce qu'il faut pour remédier à un pareil état de choses, et ce pays, qui possède des ligues contre la vivisection et la vaccination, qui punit la cruauté envers les enfants et les animaux et où l'on trouve des refuges pour les chats malades et des garde-malades pour les chiens invalides, est, à ce point de vue, fâcheusement en retard. Ici l'auteur donne quelques renseigne-

ments intéressants sur les établissements d'Ecosse et d'Allemagne et sur un petit hôpital qui a été ouvert cette année à Brighton et où l'on soigne tous les cas nerveux,sauf ceux qui nécessitent l'internement dans un asile, sans toutefois être exclusivement réservé à ces malades.

Les malades n'y sont maintenus au lit que lorsque leur santé générale l'exige; la surveillance médicale y est exercée par des personnes connaissant à la fois la neurologie et la folie (notons qu'il devrait toujours en être ainsi, la ligne de démarcation contre la folie et la neurologie étant pratiquement nulle). Il faudrait dans les hôpitaux de ce genre traiter beaucoup de malades à la fois, pas trop cependant afin que ceux-ci puissent être bien et personnellement connus des médecins qui les soignent, il faudrait aussi que les femmes y fussent soujours soignées par des femmes, car elles se comprendraient mieux entre elles. R. DE MUSGRAVE CLAY.

II. — **Ponction lombaire et cyto-diagnostic ; importance de la numération** ; par LARUELLE. (*Journ. de Neurologie*, 1906, nº 22.)

Le cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien par la numération des éléments cellulaires est une méthode à la fois plus pratique et plus précise que celle qui consiste à centrifuger le liquide et à en examiner le culot. Cette numération se fait au moyen de la cellule à compter de Fuchs et Rosenthal.

D'après l'auteur,il y a réaction pathologique,par conséquent cyto-diagnostic positif lorsque la numération, répétée deux ou trois fois sur un liquide frais donne une moyenne supérieure à 5 éléments leucocytaires par millimètre cube. A l'appui de cette opinion, M. Laruelle relate deux observations qui mettent en relief l'importance de la numération dans les cas où la clinique et un examen imparfait du liquide céphalo-rachidien avaient été impuissants à fournir le diagnostic précoce qui a permis l'intervention chirurgicale rapide et sauvé les deux malades.

Ce procédé de cyto-diagnostic a en outre l'avantage de nécessiter une très faible quantité de liquide céphalo-rachidien (un cent. cube au plus, alors que trois sont nécessaires pour avoir un culot de centrifugation suffisant). G. DENY.

III. — **Un cas d'état de mal épileptique traité par la ponction lombaire** ; par PICHENOT et CASTIN. (*L'Encéphale*, 1907, nº 1.)

L'hypertension du liquide céphalo-rachidien étant la règle dans l'état de mal épileptique,les ponctions lombaires répétées et abondantes en constituent un traitement rationnel et donnent en fait des résultats favorables. Observation probante. F.-T.

IV. — **La sérothérapie dans le traitement de la dysenterie bacillaire** ; par VAILLARD et DOPTER (Académie de Médecine, 9 avril 1907.)

Cette méthode a été essayée dans 243 cas,dont 43 ont été suivis dans les asiles de Maréville et de Quatre-Mares, elle consiste à injecter dans les cas moyens de 20 à 30 c.c. dans les cas graves; de 40 à 80 c. c. de sérum de cheval immunisé contre le bacille de la dysenterie.Dans les cas se rapportant aux asiles,les auteurs ont trouvé le bacille type Shiga à Quatre-Mares et le bacille type Fleiner à Maréville, ils auraient donc eu affaire dans ces formes à des états para-dysentériques d'après la nomenclature de Lippmann et Niéter. Quoi qu'il en soit, la dysentérie bacillaire, qui est toujours très grave dans les quartiers de gâteux et d'agités, donne un pour centage élevé de guérison chez ceux de ces malades traités par le sérum Sur 16 cas à Maréville il n'y a eu que deux décès ; sur 27 cas à Quatre-Mares, 5 décès dont l'un presque immédiatement après l'injection. On peut même employer le sérum préventivement. MM. Widal et Chauvel ont confirmé les heureux résultats de cette méthode que nous signalons à nos collègues,car on sait combien sont faibles les ressources de la thérapeutique dans les cas de dysenterie survenant chez les cachectiques: L. WAHL.

V. — **Grenouille dans l'intestin. Guérison par suggestion due à l'emploi d'images radiograghiques**; par M. BOUSQUET. de Clermont-Ferrand. (*Bull. méd.*, 1907, n° 6.)

Cette grenouille est de la famille du lézard de M. Richelot,dont la postérité vient ,paraît-il,de s'enrichir d'une salamandre. Une névropathe avec constipation et crises d'auto-intoxication demandait qu'on lui ouvrît le ventre pour lui retirer une grenouille.Le distingué professeur de Clermont proposa de tuer cet hôte incommode au moyen des rayons X ; il se procura une grenouille en fer blanc jouet d'enfant commun dans les bazars, la rontgenisa, administra à la malade une potion de quassia amara et de colombo, de la fluorescine et de l'éosinate de soude; les urines prirent une teinte verte qui indiquait la mort de la grenouille et la malade fut guérie. L. WAHL.

VI. — **Traitement des paralysies diphtériques par le sérum de Roux** ; par COMBY (*Bulletin médical*, 18 mai 1907.)

Tout malade, enfant ou adulte, atteint de paralysie diphtérique recente ou ancienne,légère ou grave, localisée ou généralisée, doit être immédiatement soumis aux injections de sérum antidiphtérique. Ces injections seront répétées en série plusieurs jours de suite, 3, 4, 5 ou 6, suivant la gravité des cas, l'expérience clinique ayant montré l'efficacité de cette facon de procéder. Les doses employées

seront de 10 à 20 c.c. de sérum de Roux par injection,la dose totale pouvant atteindre 60, 70, 80 c.c. Cette sérothérapie intensive et réitérée n'offre aucun inconvénient. Elle est applicable à toutes les catégories de malades, à toutes les formes de la maladie, elle doit intervenir dans tous les cas,même dans ceux qui auraient été traités préalablement par le sérum à la phase angineuse. Malgré l'emploi réitéré et coup sur coup de doses assez considérables de sérum de Roux, les accidents dus au sérum (éruptions),d'ailleurs bénins, ne se sont montrés que deux fois. Cette proportion ne dépasse pas sensiblement la moyenne. L. WAHL.

VII. — **Traitement de la syphilis par l'anilarsinate de soude suivant le procédé de M. Paul Salmon**; par HALLOPEAU (Académie de médecine, 4 juin 1907.)

Cette méthode consiste à injecter de deux jours l'un pendant une douzaine de jours 0 gr. 05 de ce nouveau produit qui devrait être essayé dans le tabes et la paralysie générale; il faudra surveiller les phénomènes d'intolérance. L. WAHL.

VIII. — **La dénudation de la fémorale dans le traitement du mal perforant plantaire**; par M. RHEUTER. (*Soc. des sciences médicales de Lyon*, 14 nov. 1906. In *Lyon med.* 16 décembre 1906.)

Mal perforant plantaire d'origine myélitique chez un homme de 35 ans, cultivateur. Le traitement par le repos,antérieurement appliqué, n'avait pas agi. M. Patel pratiqua la dénudation de la fémorale, sur 4 à 5 centimètres, dans le triangle de Scarpa, cette intervention a en trois semaines amélioré considérablement le mal perforant.

La dénudation de la fémorale semble, dans ce cas, agir sur les filets sympathiques qui entourent l'artère, provoquent des modifications vaso-motrices dont se ressent la trophicité du membre. Ce résultat intéressant concorde avec celui déjà obtenu par M. Patel dans un cas semblable et avec une observation rapportée par M. Jaboulay dans son ouvrage sur la chirurgie du sympathique.

G. C.

IX. — **Contribution à l'étude du traitement de l'épilepsie**; HEYNINX. (*Journal de Neurologie*,1907, n° 6.)

La conclusion que l'auteur tire de ce travail est que si l'épilepsie peut d'être d'origine réflexe,soit périphérique, soit centrale (comme dans l'épilepsie jacksonnienne), elle peut surtout être une complication méningée des rhinites,sinusites supérieures et otites chroniques à rétentions intermittentes.

Il s'agit là d'une complication méningée amicrobienne,qui tient le milieu,pour la gravité,entre les affections oto-rhino-pharyngées simples et les méningites vraies consécutives à ces affections. Les

toxines microbiennes pénètrent seules dans le liquide céphalo-rachidien. La suppression opératoire des produits de la sécrétion nasale et sinusale amène la diminution ou la suppression des crises épileptiques.

L'auteur conclut de ces faits que si les réflexes tendineux sont complètement abolis, ce qui est toujours en rapport avec une lésion de la moelle correspondant à la racine de leur arc réflexe, ils ne réapparaissent jamais, même s'il survient une hémiplégie; par contre, si quelques-uns des réflexes tendineux sont encore conservés, même à l'état faible, ils s'accentuent et peuvent même devenir exagérés lorsque le tabes se complique d'une hémiplégie. G. D.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

XII. — **Traumatismes craniens et troubles mentaux**; par JOFFROY (*L'Encéphale*, 1907, n° 2.)

Malgré tous les travaux et discussions qu'a suscités la question, le rôle du traumatisme dans la genèse des maladies mentales n'est pas nettement élucidé. Pour argumenter son étude, le Prof. apporte une observation personnelle de traumatisme cranien ayant provoqué une cécité complète (par déchirure probable des lobes occipitaux) et des troubles mentaux à forme de démence précoce hébéphrénique chez un syphilitique héréditaire. Cette observation montre la réalité de l'éclosion d'une démence précoce après un traumatisme et la difficulté qu'il y a d'établir chez un individu l'existence d'une prédisposition à des troubles mentaux, surtout de prévoir vers quelle forme clinique celle-ci évoluera. Jusqu'ici, en effet, c'est surtout la P.G. qui a été considérée comme la complication la plus fréquente des traumatismes craniens ; or dans le cas présent on était d'autant mieux autorisé à la prévoir que les troubles psychiques survenaient chez un sujet dont le père était syphilitique et ayant présenté lui-même dès la naissance des accidents spécifiques.

Cette question des rapports entre les traumatismes craniens et les troubles mentaux, la P. G. en particulier, doit être envisagée au double point de vue scientifique et médico-légal. Au point de vue scientifique on doit rester dans le doute, vu la diversité et l'inconstance des faits : il y a des cas où les troubles constatés, tout en rappelant la P. G., s'en éloignent cependant par l'évolution ; il y en a où les relations de causalité sont impossibles à déterminer; il y en a enfin où la P. G. semble bien être la conséquence directe du traumatisme. Dans ces circonstances est-on autorisé à dire que le

traumatisme a créé la P. G. ? Le Prof. soutient l'opinion que la P. G. ne se développe jamais en l'absence d'une prédisposition conceptionnelle ; la syphilis, l'alcoolisme, le traumatisme, etc., seraient incapables à eux seuls de la créer. Mais le doute n'est pas de mise sur le terrain pratique, où la question se réduit à savoir si le traumatisme a occasionné la P. G. sans qu'il puisse être fait état d'une prédisposition impossible à affirmer avant l'éclosion de la maladie elle-même. Or si le traumatisme devient un jour la cause déterminante de troubles pathologiques, il est évident qu'il devient responsable de leur éclosion. Il est des cas où la prédisposition peut-être affirmée, pour les affections à manifestations antérieures par exemple, il en est d'autres, comme la P. G., pour lesquelles l'expert ne peut jamais répondre affirmativement au magistrat qui lui demande s'il existait de la prédisposition. F. TISSOT.

XIII. — **La période médico-légale prodromique de la démence précoce** ; par ANTHEAUME et MIGNOT. (*L'Encéphale*, 1907, nº 2.)

A l'instar de la paralysie générale, la démence précoce peut débuter par une phase médico-légale plus ou moins longue, qui se caractérise par la perversion des facultés morales survenant avant toute manifestation de troubles intellectuels et déterminant des actes délictueux. Les auteurs apportent les observations très convaincantes de trois sujets chez lesquels la démence précoce, avant de s'affirmer et avant de motiver l'internement, ne s'est traduite pendant un certain temps que par des tendances délinquantes. Il y a dans la mise au jour de ce fait un argument nouveau pour se mettre en garde contre la méconnaissance de l'aliénation chez les prévenus. F. TISSOT.

XIV. — **La psychasthénie (psychonévrose autonome)** ; leçons du Prof. RAYMOND. (*Bulletin médical*, 20 avril et 11 mai 1907.)

C'est un exposé magistral de la psychonévrose autonome si bien édifiée par les travaux de Pierre Janet dont la connaisance n'est pas encore aussi répandue qu'elle le devrait. Elle est caractérisée par des obsessions de diverses natures, des mouvements diffus, tics systématisés, émotions angoissantes ruminations mentales, ensemble que Janet désigne sous le nom d'agitation forcée et par de l'insuffisance psychique. Les obsessions, d'après les auteurs, présentent les caractères suivants ; elles sont involontaires, automatiques, irrésistibles, étrangères au cours normal des idées, très tenaces ; elles constituent un véritable état de besoin psychologique ; elles sont conscientes et peuvent passer à l'acte, ce sont les impulsions intellectuelles de Ball. Elles ne seraient pas absolument irrésistibles d'après Séglas, Pitres et Régis, et seraient incompatibles avec les hallucinations. Aux phénomènes d'agitation forcée se rattacheraient les « manies » les plus diverses, un état général de

de doute, la rumination mentale, les tics de réaction, de perfectionnement ou de défense,des phobies; à ce groupe se rattacherait la névrose d'angoisse de Féré. Les stigmates psychiques comprendraient aussi des sentiments d'incomplétude, d'insuffisance psychique, une aboulie profonde, des émotions retardantes ; une tendance mélancolique et un intense besoin de direction morale et intellectuelle. Physiquement, le malade se plaint de névralgies multiples, d'éblouissements, de vertiges, de troubles digestifs et en particulier de boulimie, de troubles génitaux qui sont plus peut-être en relation avec la mentalité du sujet qu'avec son état physique. La maladie débute à tout âge ; mais chez des prédisposés, des dégénérés qui ont toujours eu des scrupules,elle évolue lentement, avec des alternatives de calme et d'accès, les stigmates psychiques restant permanents. La durée en est généralement indéfinie. Pour Raymond,les principales variétés sont: les scrupuleux, les criminels par obsession, les toxicomanes, les pervertis génitaux, les psychasthéniques délirants, qu'il est parfois très difficile de reconnaître, car en dehors de leur délire, les sujets paraissent normaux. Ce qui caractérise ces délires, c'est leur absurdité jointe à une conservation presque complète de la conscience, l'intégrité du raisonnement et même la manie de logique dont ils sont atteints. Livrée à elle-même, la psychasthénie n'a guère de tendance à guérir. Trois théories ont cherché jusqu'à présent à expliquer cet état : celle de l'idée obsédante, presque abandonnée actuellement, celle de la réaction émotionnelle, celle de l'aboulie. L'hérédité, les maladies du fœtus et de la première enfance figurent au premier rang des causes;même l'hérédité similaire qui est loin d'être rare, le sexe féminin, les émotions dépressives,le surmenage intellectuel.les traumatismes, les maladies infectieuses, les affections chroniques, les troubles génitaux.

Elle peut être acquise ou congénitale. Diagnostic : l'idée obsédante est facile à distinguer de l'idée fixe normale ou pathologique,cette dernière est inconsciente.Le psychasténique a conscience de son état ; le mélancolique ne l'a généralement pas ; l'hystérie et la paralysie générale ne sont pas toujours faciles à reconnaître et à séparer des psychasthénies. Le traitement consiste surtout dans l'éducation de la volonté,la psychothérapie, l'alitement continu, les grands bains prolongés. L. WAHL.

XV. —**Hérédo-tuberculose et idioties congénitales** ; par ANGLADE et JACQUIN. (*L'Encéphale*, 1907, n° 2.)

Il existe des relations étroites entre la tuberculose des procréateurs et l'idiotie (lisez : tous les arrêts de développement intellectuel simples ou compliqués) des descendants ; à ce titre, l'hérédo-tuberculose doit être mise sur le même rang que l'alcoolisme et la syphilis. En France, on ne lui reconnaît généralement pas l'impor-

tance qu'elle a en réalité dans l'étiologie des encéphalopathies infantiles ; il n'en est pas de même à l'étranger, où il est bien établi que la tuberculose parentale prépare un développement imparfait des centres nerveux et est capable à elle seule, comme l'alcoolisme ou la syphilis, d'engendrer les différents états d'idiotie chez les descendants. Sur 14 cas d'idoties diverses rapportés par les auteurs et où l'hérédité a pu être explorée avec soin, 8 comportent des antécédents de tuberculose seule (4 cas) ou associée à d'autres causes, ce qui fait que dans la proportion de 28 fois sur 100 l'idiotie des enfants relève exclusivement de la tuberculose des procréateurs, et c'est celle de la mère qui exerce l'influence la plus certaine. Sur 24 observations empruntées à Bourneville, les auteurs en retiennent 12 où la tuberculose se trouve soit seule, soit associée, chez les ascendants des malades atteints d'idioties à des degrés divers. Des constatations cliniques comme aussi des recherches expérimentales, il ressort donc que la tuberculose parentale est capable de créer l'idiotie chez les descendants, de même qu'elle crée des dystrophies de toutes natures. F. TISSOT.

XVI. — **Sur une forme de délire ambulatoire automatique conscient chez des épileptiques**; par CLAUDE et BAUDOUIN. (*L'Encéphale*, 1907, nº 2.)

Faut-il accepter comme une vérité absolue cette assertion courante que les manifestations épileptiques comportent toujours l'absence de souvenir ? Il existe dans la littérature médicale plusieurs observations, et les auteurs en rapportent deux personnelles qui semblent ne devoir laisser aucun doute sur la réalité de manifestations épileptiques délirantes mnésiques et conscientes.

F. TISSOT.

XVII.—**Les hallucinations dans la paralysie générale**; par DUCOSTÉ (*L'Encéphale*, 1907, nº 2.)

Revue générale, bibliographique et critique où l'auteur expose d'abord les opinions très divergentes émises sur l'existence des hallucinations dans la P. G. Actuellement la fréquence de celles-ci est généralement admise et estimée, d'après un ensemble de statistiques, à 36 pour 100.

Les hallucinations des sens supérieurs sont naturellement les plus communes ; les hallucinations psycho-motrices sont rares, il en existe quelques observations probantes. Si dans certains cas il a été constaté des rapports entre les hallucinations et le siège des lésions sur le cortex, dans d'autres ce déterminisme n'a pu être établi, en sorte que la théorie de l'origine corticale des hallucinations s'est trouvée parfois en défaut.

Il semble donc qu'il faille autre chose qu'une lésion irritative d'un centre pour produire l'hallucination, il faut la prédisposition

du sujet, souvent réveillée par les auto-intoxications. Comme leurs manifestations délirantes, les hallucinations des paralytiques généraux sont marquées au sceau de la démence. L'intensité des hallucinations dans la P.G. justifie la distinction de deux formes cliniques de cette maladie : la forme sensorielle et la forme confusionnelle hallucinatoire, dans lesquelles les troubles des perceptions commandent des réactions motrices diverses (impulsions homicides, suicides, auto-mutilatrices). F. TISSOT.

XVIII.— **Les praticiens et la nouvelle loi sur les aliénés** ; par GRANJUX (*Bulletin médical*, n° du 18 mai 1907.)

La nouvelle loi Dubief créerait, si elle était adoptée, une nouvelle classe de concurrents à situation officielle et privélégiée; de plus, les aliénés y perdraient certainement, car, comme l'a dit Anglade à la Commission bordelaise les services d'aliénés où les médecins ne font que passer à heure fixe sont invariablement des garderies.

L. WAHL.

XIX. — **Névrose et psycho-névroses** ; par RAYMOND. (*L'Encéphale*, 1907, n° 1.)

Dans ce travail, le Prof. fait une mise au point de l'importante question des névroses. Ce groupe pathologique des névroses englobe tout un ensemble disparate d'affections nerveuses, sous le prétexte que leurs lésions nous sont inconnues ; aujourd'hui il n'est plus personne pour douter que ces lésions existent, mais nous échappent en raison de leur nature particulière et de l'insuffisance de nos procédés d'investigation. A s'en rapporter aux symptômes correspondants, ces lésions sont assurément moins graves, moins fixes, moins tenaces que les lésions organiques proprement dites, mais il y a tout lieu de croire qu'elles nous seront dévoilées un jour. C'est pourquoi le groupe des névroses est provisoire, voué à la dislocation avec les progrès attendus de la technique, déjà bien réduit d'ailleurs par l'exclusion du tétanos, du tabes, et d'autres.

Le Pr va plus loin dans ce démembrement des névroses : il propose d'en exclure l'épilepsie, le goitre exophtalmique, la paralysie agitante et la chorée, parce qu'elles offrent les caractères des maladies à lésions et que ces lésions sont en partie connues. Il élimine encore l'hypochondrie et la neurasthénie, pour ne garder comme psycho-névroses légitimes que l'hystérie et la psychasthénie ; l'hypochondrie, en effet, est une vésanie et à ce titre rentre dans la pathologie mentale ; quant à la neurasthénie, son domaine s'est par trop élargi, aussi convient-il de le restreindre aux formes simples, acquises, presque toujours curables, constituant un syndrome bien défini, lié soit à un état fonctionnel, soit à une maladie organique définie, et dans lequel les signes physiques prennent le premier plan. Le terrain ainsi enlevé à la neurasthénie doit être acquis

à une forme morbide nouvelle, la psychasthénie de Janet, qui est bien une psycho-névrose vraie, c'est-à-dire une affection éclose sur des fonds de prédisposition innée de dégénérescence et où les manifestations psychiques sont de beaucoup les plus importantes.

F. TISSOT.

XX. — **Les troubles digestifs considérés dans leurs rapports avec les troubles mentaux**; par M. PAGE. (*Bulletin médical*, n° 7 1906.)

C'est une contribution très intéressante à la théorie de l'auto-intoxication comme cause de certaines formes mentales, théorie qui acquiert chaque jour un nouveau degré de probabilisme. Page a montré qu'il existe un rapport constant entre les troubles mentaux et les troubles digestifs; il semble admettre, ce qui peut paraître un peu excessif à certains, que, pour avoir des troubles mentaux, il faut, non seulement une prédisposition héréditaire et une cause occasionnelle mais encore des troubles digestifs. On peut faire disparaître ces derniers grâce aux méthodes modernes bactériologiques, en particulier en transformant la flore bactérienne de l'intestin par la méthode de H. Tissier, cette modification amènerait rapidement la disparition des troubles mentaux.

L. WAHL.

XXI. — **Crises d'anxiété avec impossibilité de garder la position assise ou de rester immobile dans la position verticale persistant depuis plus de cinq ans chez un jeune garcon**; par le Dr FRANCOTTE (*Journ. de Neurologie*, 1907, n° 14.)

Il s'agit d'un garcon de 10 ans qui depuis une frayeur que lui a causé une semonce un peu vive adressée à un de ses camarades, est sujet à des crises consistant en un état d'inquiétude générale avec crainte de tomber, eu une difficulté insurmontable à rester assis ou à garder l'immobilité dans la station debout et en un besoin de marcher. Chaque crise dure de 15 à 45 minutes. Au début, elles se renouvelaient tous les jours, peu à peu elles se sont espacées et ne se reproduisent plus actuellement, que tous les 2 ou 3 mois. Il s'agit, d'après l'auteur, de crises anxieuses semblables à celles qui constituent les accès de phobie et qui, malgré quelques analogies, doivent être distinguées de l'akathisie et de l'astasie-abasie.

G. D.

XXII. — **Périodicité et alternances psychiques. Psychoses périodiques**; par M. PAILHAS. (*Journ. de Neurologie*, 1907, nos 9, 10 et 11.)

Voici les conclusions de cet important travail : la *périodicité* est l'expression d'une loi étendue à la plupart des phénomènes cosmiques; plus étroitement limitée aux fonctions de la vie animale est l'*alternance* réglant au sein des organismes la distribution suc-

cessive des stades antagonistes de l'activité et du repos, de l'excitation et de la dépression, etc.

La périodicité et l'alternance sont tributaires de l'automatisme. Dans le domaine nerveux, les fonctions les plus automatiques se montrent les plus aptes à subir et à révéler l'intervention du rythme périodique. Dans la sphère mentale les manifestations de la périodicité et de l'alternance s'y mesurent aux degrés même de l'automatisme participant. On conçoit d'après cela que les troubles mentaux les plus affectés de périodicité régulière soient ceux qui,comme la folie menstruelle,empruntent et subordonnent la périodicité de leur rythme aux mouvements périodiques de fonctions entièrement assujetties à l'automatisme.

Si on peut conserver le terme usuel de « folie périodique » pour indiquer des unités vésaniques ou plus où moins prédomine le symptôme périodicité, il faut cependant reconnaître que la périodicité et l'alternance sont des éléments nosologiques trop compréhensifs pour servir de caractère à un ou plusieurs groupements ayant la valeur d'une entité morbide et méritant le nom de *psychose périodique*. Le terme de *syndrome périodique* ou *d'intermittence* serait plus exact.

Au syndrome d'intermittence se rattacheraient, outre la folie menstruelle, certaines psychoses maniaques et mélancoliques surtout parmi celles ayant des affinités avec l'hystérie et l'épilepsie.

Sous la désignation de *syndromes alternants* ou *maniaques-dépressifs* prendrait place l'ensemble des états qui représentent les plus saillantes manifestations de la périodicité et de l'alternance dans les diverses classes nosologiques. G. Deny.

XXIII. — **Sprachstœrungen bei funktionellen Psychosen mit Aus schluss der aphasischen Stœrungen** (*Troubles de la parole dans les ps. fonct. à l'exclusion des troubles aph.*), par Heilbronner, d'Utrecht. (*Ctrbl. f. Nervenh. u. Psychi.*, XXIX, f. 215, p. 465 à 488, 15 juin 1906.)

Importante revue critique mettant à contribution tous les travaux parus sur la question et sur les questions connexes, travaux dont est donnée la bibliographie.Les troubles sont répartis en deux catégories : symptômes de déficit et symptômes d'excitation. La deuxième est la plus importante ; elle comprend des modifications quantitatives : élévation du verbe, accélération de la parole, avec tendance à préférer les mots courts. Ces symptômes indiqueraient d'après Krapelin l'augmentation de l'excitabilité psycho-motrice. La parole peut, en outre, être rythmée par scansion de tous les mots. Toutes les formes d'excitation primaire ou « besoin de parler » ont ceci de commun qu'elles sont étrangères au but habituel de la parole et ne servent pas au malade à se faire comprendre.Quel en sera donc le matériel ? Il sera fourni essentiellement par l'automatisme de l'appareil sensorio-moteur du langage ; certaines énumérations

sues par cœur, réminiscences verbales et surtout consonnance, allitérations et autres associations de son, propositions dénuées de sens mais où la forme fondamentale de la phrase sert pour ainsi dire de cadre aux divers mots qui se présentent à l'esprit du malade.

Dans toutes les formes énumérées jusqu'ici, il y a changement continuel du produit de l'activité élocutoire. Au contraire, dans la « persévération » ou verbigération, le besoin de parler se satisfait constamment avec les mêmes éléments ; elle est due, non pas à une certaine suractivité, mais à un déficit primaire entraînant une production insuffisante. (Voir la communication de Pfister, *Ibid.*, p. 489 à 492 : Sur la verbigération chez les catatoniques.)

Le discours n'est que rarement réduit à des éléments endogènes : souvent y pénètrent des éléments exogènes (hyperaphie, hypermétamorphose, hyperprosexie, etc.), dont l'intervention produit ou la « tendance aux diversions » (Ablenkbarkeit) quand le matériel n'est pas fourni par des mots entendus ou par toute autre impression auditive, ou l'écholalie dans les cas contraires. La nature primaire ou secondaire de ces troubles est à discuter dans chaque cas. On a pu se demander si la fuite des idées est bien un trouble du langage ; mais il est incontestable que le trouble psychique auquel elle correspond ne peut se manifester que grâce au « besoin de parler » existant primitivement et dont la pathogénie est d'ailleurs inconnue.

H. distingue de ce trouble le « besoin de communiquer » des maniaques ; il compare entre elles les diverses formes de néologismes et élimine ensuite certains troubles complexes tels que la confusion pseudaphasique de Menert et la paralogie de Kussmaul. Il remarque enfin que les formes complexes sont encore très mal connues ; que certaines autres, telles que l'incohérence, ne sont établies que de façon provisoire et d'après des caractères négatifs.

(Réunion annuelle de la Soc. de Psychiatrie de Munich, 20 et 21 avril 1906.) Ch. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 5 décembre 1907. — PRÉSIDENCE DE M. BABINSKI.

Pseudo-torticolis mental.

MM. DUFOUR et FOY présentent un malade atteint d'un torticolis qu'on peut faire disparaître par le geste antagoniste efficace de Brissaud, par simple pression du doigt ; ce n'est pas cependant un torticolis mental, car il est apparu à la suite d'une périostite

alvéolo-dentaire grave, avec élimination de séquestres ; la déviation est d'ailleurs l'inverse de ce qu'elle était au début ; elle est due à un défaut d'équilibre statique de la tête.

Existence du signe d'Argyll Robertson dans la syringomyélie.

MM. Rose et Lemaître l'ont relevé dans deux cas de syringomyélie, siégeant du même côté que les symptômes médullaires et évoluant parallèlement. Déjerine, Lévi, Sauvineau, avaient déjà relevé des cas de syringomyélie sans association de tabès ou de paralysie générale. M. Babinski admet, quoique la démonstration en reste à faire, la possibilité de l'existence du signe d'Argyll, sans syphilis.

Blépharospasme.

MM. Rochon-Duvignaud et A. Weill présentent un malade atteint de cette affection sans photophobie et avec acuité visuelle normale. Le trouble disparaît la nuit ou dans l'obscurité ; il cesse un moment par pression sur les nerfs sus-orbitaires, et leur résection a amené une sédation de quinze jours. S'agit-il d'un tic susceptible de céder à une rééducation ?

Discussion par MM. Meige et Sicard.

Compression de la moelle et de la queue de cheval.

MM. Claude et Touchard présentent l'observation d'un malade atteint depuis trois ans de paralysie double avec atrophie musculaire, troubles des réactions électriques dans la région du plexus sacré, anesthésie à disposition radiculaire, troubles sphinctériens, perte du sens génital ; flasque à gauche, la paralysie est spasmodique à droite ; ils concluent dans le premier cas à une compression de la queue de cheval, dans l'autre à une compression ou lésion organique de la moelle sacrée.

Sclérose en plaques avec association de polynévrite éthylique

Présentation de malade par MM. Claude et Appert.

L'existence du nystagmus dans l'apoplexie cérébrale.

M. Souques signale l'existence, dans le coma apoplectique, d'un nystagmus à oscillations lentes, régulières, continues et homonymes. Il en a observé onze cas en deux ans, coexistant toujours avec une déviation conjuguée des yeux et l'hémiplégie dont il suivait le sens, déterminé par des lésions de siège et de nature différentes. Son existence est probable dans les comas avec hémiplégie, urémique, pneumonique. Si l'on pouvait s'assurer qu'il manque dans les comas non hémiplégiques, il y aurait un bon élément de diagnostic.

Cas de névrite parenchymateuse et de compression dans le rocher, produisant le spasme facial, dans les cas de paralysie faciale.

Communication de M. Thomas.

Radiothérapie de la syringomyélie.

MM. Beaujard et Lhermitte présentent deux malades traités par les rayons X ; le premier fut amélioré,et cette amélioration persiste depuis 8 mois que le traitement a cessé ; le second, en cours de traitement, est traité depuis six semaines par la méthode des irradiations juxtaposées de Kienföek, qui permet de faire absorber à la moelle des doses doubles de celles qu'absorbe la peau.

Variété congénitale unique de trophœdème chronique.

Observation rapportée par M. Courtellemont. On sait que les cas de trophœdème chronique peuvent être classés en quatre groupes : familial non congénital, familial congénital, acquis et congénital unique. Dans le cas présenté par l'auteur, la dystrophie est congénitale unique ; outre les symptômes classiques, il faut y noter la présence de troubles paresthésiques et douloureux, la présence de nævi vasculaires, l'épaisseur de la couche celluloadipeuse sous-cutanée.

Communication sur le pemphigus hystérique.

Faite par M. Raymond, au sujet d'une malade examinée par MM. Thiroloix et Babinski. Elle présentait des bulles nombreuses de pemphigus sur la main et l'avant-bras, à la suite d'une blessure de l'index ; or, une incision dans une collection sanguine formée au niveau du médius a permis de retirer un fragment d'aiguille, et les phlyctènes ont cessé depuis ; l'hystérie n'est donc pas, dans ce cas, la cause du pemphigus ; elle n'a fait que lui donner une modalité particulière ; il s'agit donc d'une réaction fonctionnelle réflexe. J. Rolet.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

Séances du 19 novembre et du 17 décembre 1907. — Présidence de M. Voisin.

L'expertise médico-légale et la question de la responsabilité.

M. Paul Farez. — Si, comme on le soutient, la question de la responsabilité est une question de métaphysique, elle sera également métaphysique pour le magistrat ; celui-ci deviendra tout aussi incompétent pour la trancher. Lorsque M. Ballet apprécie « la puissance de maîtrise de soi et la force de résistance aux incitations passionnelles », il emploie inévitablement un langage qui comporte pratiquement l'admission d'une certaine liberté. Si l'on consent à parler de responsabilité et d'irresponsabilité pour les cas extrêmes et faciles, à plus forte raison devra-t-on le faire pour les cas difficiles et embrouillés de la « zone frontière », lesquels nécessitent plus particulièrement l'intervention de la compétence clinique du médecin. Rejeter la

responsabilité atténuée parce qu'il en résulte, étant données les habitudes actuelles des magistrats, une mauvaise défense sociale, c'est recourir à un argument extra-médical, bien plus, à un argument de circonstance. Dans la pratique, sous des formes diverses, tous les experts admettent des degrés et des atténuations. M. Ballet recourt même à la quantification mathématique lorsqu'il dit : «conscience à demi ou au quart obnubilée». Ni punissabilité, ni discernement, ni faillibilité, etc., ne peuvent remplacer avantageusement le terme responsabilité. « X... est-il responsable de tel acte » veut dire : Tel acte est-il imputable, doit-il être attribué à sa personnalité : 1° consciente, 2° libre de tare permanente ou passagère, ayant pu influer sur ses actes ou même les déterminer ? Dès lors, l'expert n'aura aucune difficulté à faire l'une des trois réponses suivantes : I. *Cet acte est pleinement imputable à X...* (en raison de la lucidité de sa conscience et de l'absence de tare ayant déterminé ou influencé l'acte). II. *Cet acte n'est pas imputable à X...* (en raison de... (et ici interviendra l'énumération des tares physiques et mentales ayant déterminé l'acte). III. *Cet acte est imputable à X... pour une très grande part.....* pour une faible part..... pour une part..... très *minime* (en raison des tares ayant non pas pleinement déterminé l'acte, mais l'ayant influencé dans une certaine mesure faible ou forte). En somme, l'expert est amené non pas à se prononcer sur une question de métaphysique, mais simplement à formuler un jugement d'attribution, c'est-à-dire d'imputabilité complète, partielle ou nulle, suivant le cas. Il s'agit là d'une œuvre médico-psychologique, laquelle n'excède pas la compétence du médecin. Celui-ci peut et doit se prononcer non pas, comme on l'a dit, par servilité à l'égard de la magistrature, mais parce que, seul, il a la compétence nécessaire à la solution de ce problème psycho-pathologique.

M. Legrain. — La doctrine antique de la responsabilité est un anachronisme. Les idées relatives aux choses de la justice évoluent et se transforment. Entre les enfants de la tradition et les enfants de l'esprit nouveau, il y a opposition radicale. Ce qu'on demande à l'expert, c'est simplement : Tel inculpé est-il ou n'est-il point un malade ? Les circonstances du crime sont-elles quelque chose de morbide ? L'acte commis, aux apparences de crime, pourrait-il avoir une signification pathologique ? La thèse des responsabilités partielles ou atténuées a le tort de mettre en cause un élément grave : la responsabilité, que j'ignore ; elle suppose le problème résolu, alors que la science le pose ; elle s'accommode de l'unité des sanctions, ce qui fait adhérer à une justice sommaire et équitable ; elle dissèque l'âme et détruit le concert d'unité de la personne morale, opération qui d'ailleurs supposerait multiplicité et variété des sanctions, enfin cela fait

jouer au médecin un rôle inattendu, celui de juge : la conclusion du médecin arme la main du juge ; elle lui dicte la sanction, Nous souhaitons, citoyens et médecins, que la société soit débarrassée de ses éléments nuisibles et antisociaux ; en quoi nos conclusions pour ou contre la responsabilité aident-elles à la solution du problème pratique ? Pour que la société fût pleinement à couvert, il lui faudrait des asiles-prisons, des asiles d'aliénés criminels, des asiles de sûreté, il lui faudrait une législation adéquate. La justice de demain sera plus protectrice et plus défensive que justicière ; le législateur devra donner, au lieu des maisons de *détention*, des maisons de *rétention* ; la société protégée conservera *sine die*, jusqu'à réforme, c'est-à-dire jusqu'à libération d'essai surveillée, les êtres dangereux sur lesquels s'exerce aujourd'hui notre pitié, armée d'une demi responsabilité de pure convention.

M. Etienne Jourdan (de Marseille). — La seule chose à laquelle l'expert puisse répondre sans sortir de son rôle de médecin, c'est de dire si l'individu soumis à son examen est sain ou malade, il ne peut s'agir que d'un traitement, d'une mesure de préservation sociale. — *La discussion de cette question est maintenue à l'ordre du jour de la Société.*

La responsabilité dans le droit romain. — M. Bérillon. — Le mot « responsabilité » dérive du mot latin *respondere*. Il signifie la condition de celui qui est astreint à répondre devant le magistrat de certains de ses actes et à en subir personnellement des conséquences fixées par la loi.

Dans le droit romain, comme dans le nôtre, l'interrogatoire est le premier acte de la procédure. La condition essentielle pour que la procédure suive son cours et que l'inculpé soit jugé, c'est donc qu'il soit capable de comprendre les questions qui lui sont posées et d'y répondre avec raison. S'il n'est pas *responseur* ou, par corruption de mots, *responsable*, la procédure est par ce fait interrompue et le juge ne peut que rendre une ordonnance de non-lieu.

Contre l'emploi du mot « responsabilité », on a invoqué des arguments divers. Le premier est qu'il ne figure pas dans l'article 64 du Code pénal. Cet argument est tout à fait dépourvu de valeur. Il est même de nature à faire sourire les légistes. Si le mot *responsable* n'est pas prononcé dans l'article 64, il figure dans le titre du chapitre deuxième du code pénal, ainsi rédigé : « *Des personnes punissables*, *excusables* ou *responsables* pour crimes ou pour délits ». Les jurisconsultes sont gens laconiques, quelques mots leur suffisent pour exprimer leur pensée ; à ce point de vue ils pourraient servir d'exemple aux médecins, car c'est surtout dans le langage médical que sévit la prolixité. L'idée du législa-

teur de diviser les personnes punissables, — c'est-à-dire qui se sont mises dans le cas d'être punies — en deux catégories : les *excusables* d'une part, les *responsables* de l'autre, n'est pas douteuse. La notion de la responsabilité est donc nettement exprimée dans le code. Bien plus, le fait de placer le mot *excusable* avant celui de *responsable* indique que la première préoccupation du juge doit être de penser à des excuses possibles et, le cas échéant, d'en faire bénéficier l'individu *punissable*.

Si les médecins commentateurs de l'article 64 n'ont pas compris l'intention formelle du législateur, c'est que, peu familiarisés avec la lecture du code, ils n'ont pas attaché assez d'importance au titre du chapitre. A l'Ecole de droit, dans les examens, cela vaut une boule noire au candidat.

Le deuxième argument contre le mot de « responsabilité » est qu'il implique une idée de métaphysique. Or ce mot non seulement dérive du mot latin *respondere*, mais bien mieux, l'idée de la responsabilité, telle que nous la concevons, a été entièrement empruntée au droit romain par notre code pénal. Les juristes romains se souciaient peu de métaphysique. Ils se bornaient à tenir compte des faits évidents. C'est ce qui est arrivé pour la détermination de la responsabilité. Constatant que certains coupables étaient atteints de troubles mentaux, ce qui se traduisait par des réponses incohérentes, ils ont formulé pour ces malades des droits à une excuse légale.

L'aliéné, chez les Romains, était désigné sous des dénominations différentes, telles que *furiosus*, *demens*, *insanus*, *mente captus*, *alienatus mentis*. Tous ces états impliquaient, au point de vue pénal, une seule et même conséquence, l'irresponsabilité. Sous ce rapport, tous les textes assimilent l'aliéné à *l'infans* ou à *l'impubère « non doli capax »*. Dans la *loi de injuriis*, il est dit que : *Hi pati injuriam solent, non facere*. En vertu de ce texte, si l'aliéné vient à causer un dommage à quelqu'un, on ne lui applique pas la loi aquilia *de damno*. Les choses doivent se passer, dit Ulpien, comme si ce dommage avait été le fait d'un animal, ou s'il était dû à la chute d'une tuile ou au hasard d'un événement quelconque. Le fou échappait à toutes les lois pénales, à la loi *Pompeia de parricidiis*, à la loi *Cornelia de Sicarriis*, etc. Il est excusé par son malheur, étant déjà assez puni par sa manie *(furor)*, disait *Modestinus*.

Lorsque la question de la folie était posée, on prescrivait au juge de punir l'accusé en cas de simulation, et de le faire interner si la folie était réelle. Le texte latin est formel. Il indique même que la distinction entre la prison et l'asile est surtout légale, car le mot *carcer* servira pour les deux usages.

Les Romains se faisaient une idée très nette de l'aliénation mentale. Ils la considéraient comme une véritable maladie, se

rendant compte de la continuité propre à telle forme et de l'intermittence caractéristique d'une autre. L'aliéné était responsable des crimes qu'il commettait dans les intervalles, l'aliéné ne pouvait pas être considéré comme entièrement sain d'esprit. Mais les Romains ne tombaient pas dans les arguties de la responsabilité dite atténuée. S'ils avaient prévu qu'un aliéné intermittent ne devait pas être considéré comme absolument sain d'esprit, cela ne concernait que la vente des esclaves et ouvrait la porte à une action rédhibitoire, pour le cas où un esclave aurait été vendu comme sain d'esprit, alors qu'il était simplement dans un intervalle lucide. L'aliénation intermittente était, dans ce cas, assimilée à la boiterie intermittence chez le cheval. Le juge romain avait un pouvoir discrétionnaire pour apprécier la responsabilité de l'aliéné. Il la déduisait de la façon dont il répondait. Cela implique l'idée que ce magistrat possédait une culture générale supérieure à celle de nos magistrats d'aujourd'hui. A Rome, la profession médicale étant exercée par des affranchis, il y avait là un motif suffisant pour que le magistrat n'ait pas l'idée de déléguer une partie de son pouvoir à une personne qu'il considérait comme un inférieur. Les magistrats français agissent autrement, bien que leur appréciation à l'égard des experts ne soit pas sensiblement différente. L'idée de responsabilité, gravée dans les tables d'airain du droit romain, est une conception réfléchie, basée sur une observation rigoureuse des faits positifs. Elle résistera à toutes les discussions et à tous les paralogismes médicaux.

L'infanticide chez les animaux. — M. Lépinay. — Lorsque les animaux détruisent leurs petits, ou bien ils assurent de meilleures conditions de reproduction en ne laissant vivre aucun être chétif, malade, estropié, dégénéré, ou bien, par une exagération de leur instinct de maternité, ils empêchent leurs petits d'être exposés à un danger quelconque. Le plus grand nombre des infanticides chez les animaux ne sont le résultat, ni d'un esprit criminel, ni de préoccupations égoïstes, ni de la disparition des sentiments maternels, mais d'une impulsion aveugle, fatale, produite chez la mère par l'idée des dangers immédiats ou futurs que peut courir son petit. Il serait utile d'étudier comparativement dans quelles conditions et sous quelles impulsions les filles-mères commettent les infanticides et quelle est leur attitude après le crime ; ces cas mériteraient d'être étudiés non pas seulement par le juge, mais aussi et surtout par les psychologues.

M. Demonchy. — J'ai observé un nid d'hirondelles tard formé dans la saison. Cinq petits étaient nés. Au moment de la migration les hirondelles tuèrent leurs petits et les jetèrent en dehors du nid. J'ai toujours pensé qu'elles avaient voulu épargner à ces

petits, incapables de faire le voyage, les souffrances auxquelles les aurait exposés leur faiblesse après le départ de leurs parents.

Education de la volonté et de l'intelligence par l'auto-suggestion. — M. Coste de Lagrave. — L'auto-suggestion méthodique est une pratique nécessaire pour développer la volonté et l'intelligence, elle grandit les bonnes suggestions, les développe, les augmente, les multiplie ; elle refoule ou fait disparaître les mauvaises suggestions et leurs résultats ; elle exalte l'indépendance, la personnalité, l'initiative, l'esprit de décision. L'individu qui s'auto-suggestionne rationnellement et méthodiquement obéit à sa propre volonté ; il n'est plus le jouet d'influences étrangères ; il devient le véritable auteur de son propre développement. (Suivent de nombreux exemples très détaillés d'auto-suggestions répétées et efficaces).

Superstitions javanaises. — M. Lingbeek (de la Haye) rapporte les diverses observations psychologiques qu'il a faites lors d'un voyage à Java. Les Javanais présentent une crédulité et une suggestibilité extrêmes ; chez eux fleurissent toutes sortes de superstitions, les histoires de maisons hantées, ainsi que le « latah » sorte d'épidémie psychique analogue à celles du moyen-âge. Presque tous les Javanais portent en colliers, en ceintures, en bracelets, en bagues, des amulettes diverses, ayant pour but de prévenir ou de guérir les maladies, en particulier les convulsions, les rhumatismes, la toux, l'asthme, la petite vérole ; d'autres amulettes domptent les chevaux, font peur aux crocodiles, neutralisent le venin des vipères, font dévier les balles des ennemis, préservent du diable, des piqûres de scorpion, etc.

Tic douloureux du pied. — M. Maurice Bloch rapporte un cas de douleurs siégeant à la face externe de l'extrémité inférieure du cinquième métatarsien et présentant les mêmes modalités que le tic douloureux de la face ; il propose de dénommer ce symptôme « tic douloureux du pied » ou « névrite épileptiforme du pied », suivant une expression empruntée à Trousseau.

La protection des débiles mentaux dans les campagnes et les ateliers. — M. Toulzac (de Versailles). — Au village, les débiles mentaux sont exposés aux taquineries et même aux mauvais traitements ; ils sont faibles et ne savent pas se défendre. La vie de ces déshérités devient souvent un supplice ; mais parfois, ils sont pris de l'indignation des timides ; exaspérés, poussés par la fureur, ils se vengent avec rage de leur persécuteur ; et à leur propos se posent de délicates questions médico-légales. Un grand nombre de ces déshérités ne sont ni délinquants, ni criminels ; ils ont même encore une certaine valeur industrielle et peuvent rendre des services dans les emplois inférieurs ; ils ne relèvent

pas de l'asile et ont besoin d'être protégés contre leur prochain ; l'instituteur et le médecin psychologue sont tout désignés pour recommander cette protection et la rendre efficace.

M. Wyazemsk (de Saratow) rapporte l'observation d'une jeune fille qu'il a, par la suggestion hypnotique, guérie d'une incontinence des matières fécales consécutives à l'opération de l'anus artificiel.

BIBLIOGRAPHIE

XIII. — *Extrait du compte moral et administratif pour l'année* 1906 *de l'asile d'aliénés de Bonneval* (Eure-et-Loir), *suivi du rapport médical et de ses annexes concernant l'intoxication alcoolique*, par le Dr Déricq, médecin en chef-directeur. (Chartres, imp. Garnier.)

Parmi les améliorations, signalons le creusement d'un puits (24 m. 50) qui donne de l'eau de bonne qualité. La buanderie s'est construite et aménagée lentement. Sa mise en service permettra un décrassage, un nettoyage et une désinfection régulière du linge, en particulier de celui des gâteux dont le nombre augmente.

Une disponibilité importante restera toute prête pour permettre d'entreprendre, sans souci financier, les études du quartier à construire pour les enfants des deux sexes si fâcheusement mélangés avec les aliénés adultes.

Le premier janvier 1906, l'effectif de la population présente s'élevait à 581. Il s'élevait à 565 le premier janvier 1907. C'est donc, dans la population hospitalisée, une diminution de 16 unités. La population, qui avait *diminué* en 1904, qui n'avait *pas augmenté* en 1905, a de nouveau *diminué* en 1906. Le *désencombrement* se poursuit régulièrement.

78 *entrées* ; 50 décès dont 10 par tuberculose. M. Déricq a noté dans un tableau à imiter les épiphénomènes observés chez les tuberculeux.

Le nombre des *sorties* a été de 44, dont 39 par guérison ou amélioration, 9 sorties d'essai.

« J'ai noté avec le plus de soin possible, écrit M. Déricq, les excès alcooliques et leurs conséquences mentales tant chez les femmes que chez les hommes. Chez ces derniers, j'ai constaté une notable augmentation dans le pourcentage que je poursuis depuis 10 ans et qui, brutalement, vient continuer l'aggravation brusque que je signalais l'an dernier.

« 16 hommes terrassés par l'alcool sur 42 entrants donnent une proportion de 38 %, exactement 38,095. La proportion de 1905 était de 27 %, exactement 27,451. Et encore suis-je au-dessous de la vérité : des renseignements postérieurs, positifs, m'indiquent comme s'étant livrés à la boisson, d'une façon avérée et prolongée, 3 malades hommes entrés dans le cours d'une paralysie générale avancée.

« Il n'est pas toujours facile ni même possible, au moins pour certaines formes mentales, de faire à l'alcoolisme sa part. Il est curieux, toutefois, de remarquer, et cela nettement depuis quelques années, combien la notion de l'action méchante qu'exerce l'alcool est devenue banale, mais il est non moins curieux de voir que cette notion n'est pas encore devenue assez active pour refréner les penchants et modifier les habitudes. Si bien que nous n'en sommes encore qu'à cette période enfantine où l'on croit que « pêché caché est à moitié pardonné » et qu'en n'avouant pas au médecin l'ingérence de l'alcool, il l'ignorera.

« La préoccupation sur ce point est même si vive, le souci de ne pas laisser soupçonner « la tare alcoolique » est tel que les questions sur l'hérédité restent moins souvent sans réponse et que les familles aiment mieux dévoiler « la tare héréditaire » que d'avouer l'imbibition alcoolique. Le pourcentage de l'alcoolisme pour les deux sexes ne s'élève plus qu'à 20.512 %, en *diminution* sur 1905 qui avait donné 24,719 %.

Une annexe au rapport médical comprend des *statistiques sur l'alcoolisme* : 1° Intoxications alcooliques, causes exclusives de troubles cérébraux chez les femmes, situation au 1er janvier 1907 ; 2° Même tableau pour les hommes ; 3° Alcoolisme compliqué de dégénérescence ou de débilité mentale ou d'hérédité alcoolique ; 4° Même tableau pour les hommes ; 5° Intoxication alcoolique cause déterminante des troubles cérébraux chez les femmes ; 6° Même tableau pour les hommes. Dans tous ces tableaux, M. Déricq indique la nature des boissons ; elles y figurent toutes. Les renseignements sur l'absinthe sont insuffisants.

M. le Dr Déricq termine par une remarque générale concernant les tableaux statistiques : « On trouve rarement, dit-il, une seule boisson alcoolique préférée et partant responsable. — Le plus souvent c'est un mélange où il y a une dominante : l'eau-de-vie. — De plus en plus s'ajoute l'absinthe (H. surtout), mais je n'observe pas ici de véritables absinthiques purs. — Autre remarque. Malades et entourage s'ingénient à dissimuler ou à nier les habitudes alcooliques. On sait maintenant (c'est à ce qu'il me paraît, ici, le seul résultat de la campagne contre l'alcool) que les boissons alcooliques nuisent, qu'on est malade volontairement si on en prend et... on nie, on dissimule... même dans les cas les plus nets. » B.

XIV. — *Rapport médical et administratif sur l'asile d'aliénés de Sainte-Catherine* (Allier) pour l'année 1906 par le Dr Monestier, médecin-directeur et le Dr. Vernet, médecin-adjoint. Moulins. (Imprimerie Charmeil).

Existants au 1er janvier, 1906 : 730 ; admis en 1906 : 149. C'est en mai, juin et juillet qu'il y a eu le plus d'entrées. Sortis : 65, dont 19 par guérison et 28 par amélioration ; décédés 132, dont 4 par tuberculose ; restants au 31 déc. : 747. Les transferts des asiles de la Seine ont été suspendus.

« Nous signalerons, disent les auteurs, l'admission de 17 vieillards âgés de plus de 60 ans. La plupart, atteints de démence sénile ou organique, auraient pu être conservés dans les hospices en y pratiquant pour eux un isolement relatif, les empêchant de troubler le repos des autres malades.

Il résulte du tableau des entrées par *profession* qu'aucune profession ne met à l'abri de l'aliénation mentale. Cependant si l'on considère que la population de l'Allier est en majorité agricole, il semble que les ouvriers des champs paient un tribut moins fort que ceux qui, vivant surtout dans les villes, ont des professions manuelles, commerciales ou libérales. Il faut, sans doute, voir là l'influence d'une vie plus calme, des conditions d'hygiène différentes et surtout de la moindre fréquence des habitudes alcooliques».

Les cas de P. G. chez la femme tendent à se multiplier. — Parmi les maladies intercurrentes, notons 7 cas de tuberculose pulmonaire.

« En 1904, la fièvre typhoïde avait fourni 64 cas ; en 1905, 52 ; nous en avons enregistré, en 1906, 17 cas, dont 6 chez les hommes et 11 chez les femmes.

L'*hydrothérapie* et la *balnéothérapie* ont été employées aussi largement que possible. Malheureusement, les salles de bains sont fort mal installées, glaciales en hiver et impossibles à chauffer, elles sont inutilisables pendant les jours froids. L'asile Sainte-Catherine n'a pas le monopole de ces mauvaises installations malheureusement. Elles nuisent au traitement, ce qui est préjudiciable aux malades et aux finances.)

La division du service médical, *sans distinction entre malades aigus et malades chroniques*, a été l'amélioration la plus notable faite en 1906. «Depuis le 25 janvier 1906, ce service est divisé de la façon suivante, écrit M. Monestier :

« Pensionnat et section des hommes, médecin-traitant : le directeur-médecin ; — Haut-Barrieux et section des femmes, médecin traitant : le médecin adjoint.

« Grâce à cette division, nous pouvons bien connaître tous nos malades et leur donner ainsi des soins plus efficaces. Nous

n'avons eu qu'à nous louer de la détermination que nous avons prise. C'est ainsi qu'ayant plus de temps à consacrer à chaque aliéné, nous avons pu organiser méthodiquement une salle d'alitement dans la section des femmes que nous avons désencombrée en installant un dortoir dans la *chapelle désaffectée*.

Le médecin-adjoint s'occupe, de plus, du laboratoire, pendant que le médecin directeur surveille et dirige la partie administrative et économique de l'établissement. De cette façon, la charge est également répartie entre eux pour le meilleur fonctionnement de tous les services.

Nos infirmiers et nos infirmières ont continué à se montrer à la hauteur de leur tâche ; les cas de fièvre typhoïde qui ont frappé certains d'entre eux (un infirmier et 2 infirmières) n'ont occasionné aucune défection et nous n'avons jamais, en vain, fait appel à leur bonne volonté.

Les excellents résultats obtenus par le partage du service entre le médecin en chef et le médecin adjoint justifient la mesure que nous avons proposée au Conseil supérieur de l'Assistance publique et que ce conseil a adoptée. Utilisation du médecin adjoint ; entente vraiment confraternelle entre lui et son médecin directeur. Cela existe à l'asile de Moulins pour le plus grand bien du malade. Ajoutons que le rapport que nous analysons est signé de M. le Dr. Monestier, médecin directeur et de M. Vernet médecin-adjoin t. Souhaitons qu'il en soit de même dans tous les asiles. B.

XV.— *Alcoolisme et criminalité* (Statistique) ; par R. Benon, médecin-adjoint des asiles publics. (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, juin 1907.)

1° Sur 2493 alcooliques internés à l'asile de Ville-Evrard du 1er mai 1897 au 1er juillet 1906 (alcoolisme proprement dit, 1710 (68,59 %) et affections mentales avec alcoolisme, 783 (31, 40 %) nous en avons trouvé :

a) 1664 avec réactions criminelles, soit comme *fréquence*, 66,74 alcooliques criminels ou *capables* de criminalité sur 100 alcooliques proprement dits et :

b) 829 non criminels (33,25 %).

2° La criminalité de l'alcoolique est soit, *potentielle*, soit *effective* ; potentielle parce que tout alcoolique est en puissance de criminalité (95,01 %) ; effective quand le malade a été poursuivi ou condamné (4,98 %). La moyenne des alcooliques poursuivis, mais internés, est de 2,28 % ; celle des alcooliques condamnés puis une autre fois internés est aussi de 2,28 % ; quelques malades sont tantôt emprisonnés, tantôt internés (0,42 %).

3° Toutes les *variétés* d'actes criminels peuvent être exécutées par les alcooliques :

a) dans le milieu familial :

Contre les personnes et les choses : menaces, 10,76 % ; violences, 21,03 % ; bris d'objets, 1,68 % ; saisies d'armes, 3.56 % ; homicides, 1,56 %.

Contre lui-même : idées et tentatives de suicide, 15,86 % ; auto-accusation 1.68 %.

b) dans le milieu social : scandales, 8,47 % ; fugues ou fuites (soit inconscience ou subconscience, soit hallucinations et idées délirantes) 17,66 % ; outrages à la pudeur, 0,84 % ; vols, 1,38 % incendies, 0,90 %.

4° Les modalités réactionnelles criminelles des alcooliques offrent relativement une grande *variabilité* chez le meme individu (15,26 %). Souvent, ce sont des alcooliques vagabonds 1,80 % ; ou des alcooliques divorcés ou séparés, 3,06 %.

5° L'alcoolisme, supprimant l'activité volontaire, crée un milieu essentiellement favorable à la germination de la criminalité : l'alcoolique automate irresponsable, est en effet capable de toutes les contraventions, délits ou crimes.

VARIA

Décret portant règlement du concours pour l'emploi de médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Le Président de la République française, vu la loi du 30 juin 1 838, l'ordonnance du 18 décembre 1 839 ; vu le décret du 1er août 1906, sur la proposition du président du conseil, ministre de l'intérieur, décrète :

Art. 1er. — Un concours sera ouvert toutes les fois qu'il y aura lieu de pourvoir à un poste de médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine, à l'exclusion des postes de directeur-médecin des colonies d'aliénés, dont les titulaires continueront à être nommés comme par le passé.

Art. 2. — Par mesure transitoire, un poste sur deux sera réservé au fur et à mesure des vacances dans les asiles de la Seine aux directeurs-médecins des colonies d'aliénés actuellement en fonctions.

Art. 3.— Les concours, dont les opérations s'effectueront à Paris, par les soins de la préfecture de la Seine, sont annoncés au moins six semaines à l'avance par des affiches apposées dans chaque département au siège de la préfecture et, s'il y a lieu, à la faculté ou à l'école de medecine et à l'asile départemental d'aliénés,

Art. 4. — Sont admis à prendre part au concours : 1° les directeurs-médecins et médecins en chef des colonies d'aliénés de la Seine et des asiles publics de toute la France ; 2° Les médecins adjoints ayant subi avec succès le concours d'adjuvat, les chefs de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à la faculté de médecine de Paris ayant été, par décisions antérieures, assimilés aux médecins adjoints reçus auxdits concours. Tous ces praticiens devront justifier de l'occupation effective pendant une période d'au moins deux années d'un poste, soit dans les colonies d'aliénés de la Seine, soit dans les asiles publics d'aliénés, et n'avoir pas dépassé l'âge de cinquante ans, à la date de l'ouverture du concours.

Art. 5. — Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent se présenter à la préfecture de la Seine (direction des affaires départementales, service des aliénés, 1er bureau, 2, rue Lobau, Paris) pour obtenir leur inscription en déposant les certificats ou diplômes constatant qu'ils remplissent les conditions d'exerci e prescrites par l'article 4. Les candidats absents de Paris ou empêchés peuvent demander leur inscription par lettre recommandée. Toute demande d'inscription faite après le jour fixé pour la clôture des inscriptions ne peut être accueillie.

Art. 6. — La liste des candidats admis à prendre part au concours est close trois semaines avant la date d'ouverture du concours et arrêtée par le ministre de l'intérieur, après avis du préfet de la Seine.

Art. 7. — Dès que la liste des candidats est close, les membres du jury qui doivent être ainsi désignés conformément aux dispositions de l'article 9, sont tirés au sort par les soins d'une commission composée d'un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur, président ; d'un délégué du préfet de la Seine et de deux membres délégués par la commission de surveillance des asiles publics d'aliénés du département. Chaque candidat peut se présenter à la préfecture de la Seine pour connaître la composition du jury.

Art. 8. — Tout degré de parenté ou d'alliance, jusque et y compris le sixième degré, entre un concurrent et un des membres du jury ou entre les membres du jury donne lieu à récusation d'office de la part de l'administration. Si les concurrents ont à proposer des récusations, ils forment immédiatement une demande motivée, par écrit et cachetée, adressée au préfet de la Seine. Les candidats ont cinq jours à partir de la constitution définitive du jury pour formuler leurs réclamations.

Art. 9. — Le jury est composé comme suit : Un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur, nommé par le ministre, président. Un professeur ou agrégé choisi par le ministre de l'intérieur, sur une liste de trois noms présentée par la faculté de médecine de Paris. Deux médecins en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine. Un médecin en chef appartenant soit à la maison nationale de Charenton, soit aux quartiers de l'hospice de Bicêtre ou de la Salpêtrière, soit à l'infirmerie du dépôt près la préfecture de police. Deux directeurs-médecins ou

médecins en chef des asiles publics des départements autres que la Seine ; deux suppléants, dont l'un pris parmi les médecins en chef des asiles de la Seine, et l'autre parmi ceux des asiles des autres départements.

Les listes des médecins parmi lesquels sont tirés au sort les membres du jury, sont arrêtées par le ministre, sur la proposition du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, après avis du préfet, et ne doivent comprendre que des médecins comptant au moins cinq années de grade et n'ayant pas pris part aux opérations du précédent concours, aucun juge, sauf le président, ne pouvant faire partie de deux jurys consécutifs.

Sont adjoints au jury, avec voix consultative : le chef du service des aliénés de la préfecture de la Seine et le chef du 1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur. En outre, un secrétaire administratif est désigné, par arrêté préfectoral, pour assister le jury dans les diverses opérations du concours.

Art. 10. — Si un membre du jury, pour un motif quelconque, ne peut assister à une séance du concours, il ne pourra plus continuer à siéger dans le jury dudit concours ; mais le jury devra, pour délibérer, être composé de cinq membres au moins.

Art. 11. — Les épreuves du concours sont réglées de la manière suivante : 1° Une épreuve écrite de pathologie mentale, pour laquelle il sera accordé quatre heures 2° Une épreuve clinique sur deux malades d'un service d'aliénés. Le candidat aura une heure pour l'examen des deux malades, vingt minutes de réflexion et trente minutes d'exposition ; 3° Une épreuve écrite sur l'examen de deux aliénés, dont l'un sera l'objet d'une consultation, l'autre l'objet d'un rapport médico-légal. Il sera accordé au candidat trente minutes pour examiner chacun des malades, et trois heures au total pour rédiger le rapport et la consultation ; 4° Une épreuve écrite sur une question relative aux soins à donner aux différentes catégories d'aliénés, pour laquelle il sera accordé deux heures ; 5° Une épreuve de clinique médicale ordinaire, portant sur un malade. Il sera accordé au candidat vingt minutes pour l'examen, vingt minutes de réflexion et vingt minutes d'exposition ; 6° Une épreuve sur titres. Les points de l'épreuve sur titres sont donnés au début du concours (1).

Ar. 12. — Le maximum des points attribués à chacune des épreuves, est fixé à 30. Dans le cas où le nombre des candidats ayant pris part aux deux premières épreuves est supérieur au quadruple du nombre des places, ces deux premières épreuves peuvent être considérées comme éliminatoires pour la moitié des candidats.

Art. 13. — La police générale du concours est confiée au Jury qui détermine, notamment, les règles à appliquer aux choix des

(1) Il serait peut-être bon de demander que chaque candidat donne aux juges un exposé imprimé de leurs titres et que ces exposés soient l'objet d'un rapport également imprimé fait par l'un des juges. Ce n'est qu'à cette condition que cette épreuve sera sérieuse et échappera à la critique. Nous avons toujours plaidé pour l'inscription de l'épreuve sur titres avec les mêmes obligation. (B.).

compositions, à la lecture et à la remise des copies, désigne les services où doivent être subies les épreuves cliniques, fixe le choix des malades qui seront l'objet de ces épreuves, et prend toutes dispositions utiles pour assurer la régularité et la sincérité du concours.

Art. 14. — En dehors du jury et du secrétaire administratifs, sont seuls admis dans les locaux consacrés aux épreuves écrites les candidats appelés à prendre part au concours. Les épreuves orales sont publiques (2).

Art. 15. — A la fin de chaque séance, il est donné, publiquement, connaissance aux candidats du nombre des points qui leur sont attribués.

Art 16. — Les candidats qui ont passé avec succès les épreuves du concours sont, en cas de plusieurs places vacantes, classés par le jury dans l'ordre de mérite ; ils font alors choix des places à attribuer, suivant leur ordre de classement.

Art. 17.— Les arrêtés préfectoraux investissant les intéressés de leurs fonctions, les arrêtés ministériels déterminant le traitement à leur allouer et la date de leur entrée en fonctions, sont pris dans les mêmes formes que les arrêtés relatifs aux médecins des asiles des autres départements.

Art. 18.— Les frais du concours sont à la charge du département de la Seine.

Art. 19. — Sont abrogés les arrêtés ministériels des 31 juillet et 11 septembre 1907, et toutes dispositions contraires au présent décret.

Art. 20. — Le président du conseil, ministre de l'intérieur, est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 12 décembre 1907. A. Fallières. Par le Président de la République : *Le président du conseil, ministre de l'intérieur*, G. Clémenceau.

A propos d'un diplome de médecin-aliéniste ; par le Dr (Méeus. *Journ. de Neurologie*, 1907, n° 14.)

Le médecin d'asile, dit M. Méeus, a non seulement en mains la santé, mais aussi la liberté et les droits civils de ceux qui lui sont confiés. Les conditions mêmes de la vie médicale dans les asiles exigent des garanties spéciales d'honnêteté et de science professionnelles. Ces garanties pourraient être assurées par un diplôme spécial ; il convient donc de demander aux pouvoirs publics: 1° que des cliniques psychiatriques largement organisées permettent, dans les Universités belges, un enseignement méthodique et suivi de la médecine mentale ; 2° que de tout postulant d'une place dans un asile, il soit exigé des garanties de compétence professionnelle, notamment le diplôme spécial. G. D.

Sur la formation du caractère ; discours adressé au personnel de gardes-malades de la « Retreat » de York ; par Bevan Lewis. (*The Journal of mental Science*, janvier 1907.)

Dans ce discours l'auteur, en des paroles élevées, explique aux

gardes-malades les qualités morales qu'il leur convient de chercher à acquérir en dehors même de la compétence professionnelle, afin de concourir plus efficacement encore au bien des malades et à leur propre élévation morale, et, par suite, sociale. R. M. C.

FAITS DIVERS

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Sous ce titre : « *Un Canton désorienté* », l'*Aurore* du 21 septembre publie le récit ci-après : « Depuis sept mois, le riant canton d'Anizy-le-Château, dans l'Aisne, vit sous le poids désagréable d'une terreur chronique. En février, un dangereux bandit, moitié déséquilibré, moitié conscient, Lefèvre, dit Braant, s'échappait de l'asile d'aliénés de Prémontré. Depuis, il vit dans les bois. On ne sait au juste de combien de vols à main armée, avec effraction, par escalade, de viols. de rapines, attentats au mœurs, poursuites de paysans attardés, il s'est rendu coupable. Le maire d'Anizy ne sachant à quel protecteur se vouer, fait appel au public et promet cent vingt francs à qui lui amènera le monstre. »

NOUVEAU JOURNAL. — Nous venons de recevoir les fascicules I et II des *Annali del Manicomio provinciale di Perugia*, dirigés par le professeur Césare AGOSTINI. Trimestrial-Perugia-Typografia gia Santucci, 1907.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Reports of the society for the study of disease in children. — Vol. VII. 1 vol. in-8° de 304 pages. Carpenter Editor, à Londres, 7, Great Malborough Street.

BINET-SANGLÉ. — La folie de Jésus. 1 vol. in-8° de 295 pages. Maloine, éditeur, 26, rue de l'Ecole-de-Médecine.

PERREAU (E.). — Eléments de jurisprudence médicale. 1 vol. in-8° de 196 pages. Prix : 8 fr. Librairie générale de droit et de jurisprudence, 20, rue Soufflot.

LE GENDRE et BROCA. — Traité pratique de thérapeutique infantile médico-chirurgicale. 1 vol. in-8° de 750 pages. Prix : 15 fr. Librairie Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne.

TERRIEN (E.). — Précis d'alimentation des jeunes enfants. 1 vol. petit in-8° de 356 pages. Prix : 4 fr. Librairie Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères et Thiron.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS

Clermont (Oise) — Imprimerie Daix frères et Thiron.

Volume II, 3e série (1907) (29e ANNÉE) Numéro 12 (Décembre)

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR J.-M. CHARCOT & BOURNEVILLE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

V. MAGNAN
Membre de l'Académie de médecine.
Médecin de l'Asile clinique (Ste-Anne).

PITRES
Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Bordeaux.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

MM. ABADIE (J.), ARNAUD, AZÉMAR, BABINSKI, BALLET, BALLIART, BENON, BLANCHARD (R.), BLIN, BOISSIER (F.), BONCOUR (P.), BONNE, BOURDIN, BRIAND (M.), BRISSAUD (E.), CAMUS (P.), CARRIER (G.), CAUDRON, CESTAN, CHARDON, CHARON, CHARPENTIER, CHRISTIAN, CLÉRAMBAULT (DE), COLOLIAN, COULONJOU, CULLERRE, DEBOVE (M.), DENY, DEVAY, DROMARD, DUBAR, DUBOS, DUCOSTÉ, FÉRÉ (CH.), FENAYROU, FERRIER, FRANCOTTE, GARNIER (S.), GRASSET, HARTEMBERG, KOUINDJY, KOVALESKY (P.), LADAME, LAGRIFFE, LANDOUZY, LEGRAIN, LÉPINE (J.), LEROY, LEVASSORT, LIPINSKA, MABILLE, MARIE (A.), Mlle REINE MAUGERET, MEZIE, MIERZEJEWSKI, MIRALLIÉ, MOURATOFF (W. A.), MUSGRAVE-CLAY, NOICA, PACHANTONI, PANSIER, PARIS (A.) Mlle PASCAL, PERRIN, PICQUÉ, PIERRET, RAVIART, RAYNEAU, RÉGIS, REGNARD (P.), RENDU (A.), RICHER (P.), RODIET, ROLET (J.), ROTH (W.), SIMON, SÉGLAS, SÉRIEUX, SOLLIER, SOUKHANOFF, SOUQUES, TCHIRIEW, THULIÉ (H.), TISSOT, URRIOLA, VALLON, VIGOUROUX, STCHERBAK, VILLARD, VOISIN (J.), VOISIN (R.), YVON (P.).

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE
Secrétaires de la rédaction : J.-B. CHARCOT ET J. NOIR

PARIS
BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, *rue des Carmes*
1907

(Voir page III)

Sommaire du n° 12

3e série.

DÉCEMBRE 1907.

CLINIQUE NERVEUSE

REVUE CRITIQUE

ASILES D'ALIÉNÉS

(Voir page II)

DES ENFANTS ANORMAUX

et en particulier des Arriérés, Nerveux, Epileptiques et Aliénés. (Assistance, Traitement, Education).

La *Gazette des Bains de Mer de Royan* du 14 septembre a relaté un acte de *Sadisme* commis par un malheureux, deux fois anormal, car il est atteint de *surdi-mutité* et *d'arriération intellectuelle*, compliquées de *perversion morale*. Ce cas n'est pas une exception. Des actes répréhensibles de tous genres sont commis journellement par des anormaux, sourds-muets et idiots, adultes et enfants. Les journaux en rapportent fréquemment des exemples, sans compter les séquestrations ou les mauvais traitements dont ils sont l'objet dans leurs familles. Beaucoup d'*enfants martyrs* sont des *malades* que leurs parents considèrent comme *vicieux* et auxquels ils infligent des corrections de plus en plus violentes, barbares.

Ces anormaux adultes, après une enfance et une adolescence plus ou moins accidentées ou misérables, deviennent dangereux, commettent des vols, des attentats divers, des actes de sadisme, comme le sourd-muet imbécile dont nous venons de parler. Ils sont arrêtés, parfois condamnés à tort, ou envoyés dans un asile d'aliénés, leur véritable place, d'autres fois relâchés. C'est ce qui a eu lieu, par exemple, pour notre sourd et muet ; on l'a relaxé, après ses premiers méfaits, – des vols, — jugeant qu'il avait agi sans discernement. En liberté, ces malades recommencent, sont la risée du public, l'objet de vexations de la part des enfants qui s'en amusentt. En tous les cas, qu'anormaux adultes soient *emprisonnés* ou *hospitalisés*, ils sont une charge pour la Société. A cause deleur âge, qui les rend incurables, les sacrifices sont faits en pure perte. C'est pendant leur enfance qu'il aurait fallu s'occuper d'eux. « A l'asile d'aliénés, a dit le docteur Courjon dans une intéressante communication au Congrès d'Ajaccio de l'*Association française pour l'avancement des sciences* (1901), les *anormaux* sont protégés contre les dangers de la rue, soit ; mais, par contre, mélanges le plus souvent aux aliénés adultes, ils sont exposés à tous les inconvénients, à tous les périls d'une promiscuité

parfois révoltante ; faute de recevoir les soins pédagogiques utiles, ils voient leur état s'aggraver de jour en jour... Placer un idiot dans un asile d'aliénés, au lieu de le mettre dans un établissement d'éducation spéciale, sous prétexte de moindre dépense, revient à enfermer un malade dans un hôpital où on le laisserait mourir sans secours, faute de médicaments qui le sauveraient et parce que ces médicaments sont trop coûteux. »

Aujourd'hui, on sait qu'il est possible de guérir souvent, d'améliorer presque toujours, la majorité de ces malheureuses victimes de l'hérédité, de l'alcoolisme des procréateurs, des accidents de la grossesse, d'une mise au jour laborieuse, des maladies infectieuses, des convulsions, des traumatismes de la tête (1), des mauvaises habitudes, etc. Dans l'intérêt de ces enfants, dans son propre intérêt, que doit faire la Société ?

Pour tous, il faut créer des *asiles-écoles* et, en outre, dans les villes, des *classes spéciales*, et les y soumettre au *traitement médico-pédagogique*, suivant l'expression du docteur Bourneville. Il n'y a pas de département qui, malheureusement, n'ait assez d'enfants idiots, imbéciles, arriérés, épileptiques, etc., pour justifier de semblables institutions. La loi sur l'obligation de l'instruction primaire impose ces créations aux départements et aux villes, puisque ces enfants ne peuvent être envoyés aux écoles ordinaires.

Jusqu'ici, en dehors de la Seine, il n'y a que quelques départements qui ont abordé timidement cette réforme accomplie dans la plupart des pays étrangers, entre autres la Seine-Inférieure et la Vendée, sur l'initiative des docteurs Giraud et Cullerre. C'est la Seine qui a donné l'impulsion, sans être parvenue pourtant à donner l'assistance et l'éducation à *tous* ses enfants anormaux (2). Le docteur Courjon, dans le travail que nous avons cité, rappelle comment cette réforme s'est accomplie : « Médecin de Bicêtre depuis de longues années, Bourneville y a organisé et créé de toutes pièces son service d'enfants anormaux. A force de patience et de ténacité, il a réussi à arracher sou par sou, aux pouvoirs publics, les sommes indispensables à la fondation de son œuvre, qui restera comme un modèle du genre.....

« Après avoir créé la section des enfants arriérés et épileptiques de Bicêtre, qui renferme 440 garçons, et organisé la Fondation Vallée, qui contient 200 filles, établissements consacrés aux enfants pauvres, il a fondé à Vitry-sur-Seine, pour les enfants de familles riches ou aisées, un établissement qu'il a dénommé **Institut médico-pédagogique**, afin de préciser sa destination. »

Nous ne pouvons entrer dans le détail de la *méthode d'éducation spéciale* qui est employée dans ces établissements et sur les nombreux *procédés* qui la composent. Nous nous bornerons à dire que les enfants sont occupés depuis le matin

(1) Jamais on ne devrait frapper les enfants sur la tête ainsi que le font encore trop souvent des parents qui se croient tout permis sur leurs enfants.

(2) La Seine hospitalise plus d'un millier d'enfants idiots et épileptiques.

jusqu'au soir, que les leçons de choses, la **gymnastique**, les exercices physiques, l'instruction proportionnée au degré intellectuel des enfants, y occupent le premier rang.

A l'**Institut médico-pédagogique**, les enfants sont naturellement séparés par sexe, *groupés*, suivant leur état intellectuel et aussi d'après les complications qu'ils présentent. Outre les enfants *arriérés* de toutes catégories, l'Institut reçoit les enfants *instables*, *indisciplinés*, atteints dans leurs *facultés morales*, sujets à des *impulsions* dues à *l'irritabilité nerveuse*.

Le *traitement médico-pédagogique* doit être institué le plus tôt possible, dès qu'on a constaté l'arriération ou les perversions morales. Dans les établissements de l'Assistance publique, on les admet avec raison à partir de *deux ans*. Il en est de même à l'**Institut médico-pédagogique**. C'est donc à tort, et parce qu'ils sont insuffisamment renseignés, que des médecins, même très instruits, ajournent l'application du traitement. En voici la preuve, fournie par un garçonnet de cinq ans et demi et dont l'état peut se résumer ainsi.

« Il pince, pousse, renverse, griffe ses petits camarades ; leur donne des coups, trouble leurs jeux, est turbulent, sans cesse en mouvement, menace de casser, de briser, de tuer son petit frère qu'il taquine et *rend comme lui*. Sa prononciation, son attention, son raisonnement, sont très défectueux. Il n'a qu'une conscience imparfaite du danger. Dans ses périodes d'énervement, les *impulsions* sont plus accusées et il pousse des cris. La main est très maladroite. Enfin les facultés intellectuelles, qui auraient été normales jusqu'à deux ans et demi, ont été arrêtées dans leur développement à la suite de convulsions graves. »

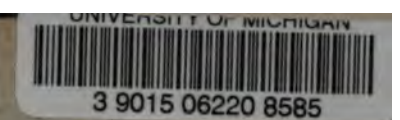
Pour nous, cet enfant aurait dû être soumis depuis deux ans déjà au *traitement médico-pédagogique* qui, chez lui, aurait certainement donné d'excellents résultats. C'est un enfant qui pourrait devenir normal si le traitement était poursuivi un *temps suffisant*. Plus on attendra, plus la situation s'aggravera. Et cependant on a conseillé d'ajourner le placement. Les parents maintenant s'inquiètent à cause de ses menaces envers son frère et parce que celui-ci a des tendances à l'imiter, ce qui, soit dit en passant, justifie l'isolement des petits malades de ce genre.

Notre but sera atteint si nous avons pu montrer la nécessité de l'assistance et de l'éducation de la catégorie des *enfants anormaux* et des *malades* que nous avons plus particulièrement visée, si nous avons pu faire comprendre la possibilité de leur procurer une amélioration sérieuse, souvent même une guérison complète, lorsque le *traitement médico-pédagogique* est appliqué de bonne heure et durant tout le temps nécessaire. Que de bien serait réalisé, si l'on partageait notre conviction, au bénéfice incontestable d'une foule d'enfants, intellectuellement et moralement déshérités !

Dr Freeman.

Institut médico-pédagogique, à **Vitry-sur-Seine**, près de Paris, 22, rue Saint-Aubin.

Clermont (Oise). — IMP. DAIX FRÈRES et THIRON.


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06220 8585